Marta Cocco da Costa
Carmem Layana Jadischke Bandeira
Ethel Bastos da Silva
Andressa da Silveira
(Organizadoras)

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA:

Trajetória de 10 anos do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva

Ano 2022

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva: trajetória de 10 anos do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM)

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Marta Cocco da Costa
Carmem Layana Jadischke Bandeira
Ethel Bastos da Silva
Andressa da Silveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P964 Produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva: trajetória de 10 anos do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM) / Organizadoras Marta Cocco da Costa, Carmem Layana Jadischke Bandeira, Ethel Bastos da Silva, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Outra organizadora
Andressa da Silveira

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0690-7
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.907222211

1. Saúde pública. 2. Pesquisa. I. Costa, Marta Cocco da (Organizadora). II. Bandeira, Carmem Layana Jadischke (Organizadora). III. Silva, Ethel Bastos da (Organizadora). IV. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Comissão Científica

Profª Dra. Alice do Carmo Jahn

Profª Dra. Andressa da Silveira

Profª Dra. Darieli Resta Fontana

Profª Dra. Ethel Bastos da Silva

Profª Dra. Isabel Colomé

Profª Dra. Marta Cocco da Costa

Profa. Dra. Jaqueline Arboit

Mestranda Carmem Layana Jadischke Bandeira

Mestranda Francieli Franco Soster

Mestranda Juliana Portela de Oliveira

Mestranda Silvana Teresa Neitzke Wollmann

APRESENTAÇÃO

Com alegria e orgulho apresentamos este livro que socializa produções oriundas da caminhada de 10 anos do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) do Campus de Palmeira das Missões, unidade universitária da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O Núcleo iniciou suas atividades a partir das discussões e reflexões teórico-práticas vivenciadas nas disciplinas de Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Enfermagem, o que fomentou várias construções na perspectiva do ensino e foram, ao longo do tempo, se fortalecendo na pesquisa e na extensão.

O NEPESC tem buscado ao longo de sua trajetória fomentar e potencializar o tripé ensino, pesquisa e extensão no campo da Saúde Coletiva, sendo composto por pesquisadores, docentes e discentes implicados com esse campo intelectual e de práticas. O mesmo está ancorado em referenciais teóricos e metodológicos, fortalecendo a construção do conhecimento científico a partir do cenário da saúde coletiva e de temáticas pertinentes.

O objetivo desta publicação é apresentar algumas das construções, elementos teórico-metodológicos e temas acerca dos quais este Núcleo tem se apropriado e dialogado ao longo dos seus 10 anos de história, abordando conceitos, perspectivas, limites e potencialidades do Campo da Saúde Coletiva. Destina-se a todos os profissionais da saúde em suas distintas formações, gestores, estudantes de graduação e de pós-graduação, bem como pesquisadores deste Campo temático.

Nessa direção, o Livro inicialmente traz a apresentação dos autores que o compõem, o sumário e a síntese das produções que estão estruturadas em 14 Capítulos, divididos em dois eixos, sendo que o primeiro denomina-se: **"EXTENSÃO, REFLEXÃO E ESTUDOS DE REVISÃO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA"** e o segundo: **"PESQUISAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: ABORDAGENS E TEMAS PLURAIS".**

O Capítulo 1 versa sobre o papel do Núcleo de pesquisa no processo formativo, trazendo elementos que permeiam o seu cotidiano, sendo eles: produção de conhecimento, trabalho coletivo, interfaces entre docentes e discentes, possibilidades de aprendizados para além da sala de aula e o fortalecimento de habilidades como: liderança, autonomia, trabalho em equipe. Também se propõem relatar brevemente a caminhada do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC).

Na sequência o Capitulo 2 busca descrever a vivência acadêmica em um Programa de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM /RS, Campus de Palmeira das Missões, com indígenas da cultura Kaingang, Terra Indígena Inhacorá. Trata-se de

um estudo descritivo, tipo relato de experiência. Apresenta ações realizadas permeadas pelo diálogo, rodas de conversa, debates, desenhos, seminários entre outros. Essas modalidades oportunizaram maior aproximação com os indígenas e suas demandas. A troca de saberes interculturais gerou aprendizados e vivências onde foi possível junto com os demais extensionistas realizar atividades coletivas de acordo com as necessidades indígenas.

O Capítulo 3 apresenta uma reflexão com base científica acerca do acesso da população rural à Atenção Primária à Saúde. Neste, pontua-se a diversidade da vida, da organização social rural e do adoecimento e as dificuldades de acesso dessas populações aos serviços de saúde da rede de atenção do Sistema Único de Saúde apesar da existência de Políticas públicas.

O Capítulo 4 sumariza as evidências científicas nacionais em relação a atenção à saúde de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde, destacando as formas de identificação das situações de violência contra as mulheres, bem como o papel dos profissionais de saúde atuantes neste ponto da rede de atenção frente a identificação e acolhimento destas mulheres.

No Capítulo 5 são abordadas as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das situações de violência vivenciadas por pessoas com deficiência, com destaque para os tipos de violências vivenciados segundo a faixa etária (crianças, adolescentes, homens e mulheres adultos e idosos), os respectivos agressores e o contexto em que estas violências ocorreram.

Finalizando este eixo o Capítulo 6 apresenta um recorte da tese intitulada "Em relação ao sexo tudo é curioso": um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde se propõe a refletir sobre as possibilidades de renovação das práticas em saúde relativas à sexualidade na juventude. As experiências relativas à sexualidade dos jovens e indicam possibilidades de renovação das práticas de saúde, especialmente considerando as situações de vulnerabilidade como as fragilidades das relações familiares, de gênero e violência e a dimensão programática relacionada às ações em saúde.

Dentro dos temas plurais apresentados neste livro, que inicia o segundo eixo o Capítulo 7 buscou conhecer as práticas de cuidado ofertadas pelas equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF) aos jovens e as interfaces com as situações de vulnerabilidade. Os resultados evidenciam que as práticas de cuidado estão centradas na entrega de contraceptivos e no planejamento familiar, e que as situações de vulnerabilidade estão implicadas nos modos como a juventude se expressa.

Destaca-se os Capítulos 8 e 9 com uma abordagem relacionada às crianças e adolescentes que vivem em Casa Lar. Os capítulos versam sobre as trajetórias de vida, o cuidado humanizado desenvolvido pelos profissionais do Lar que gera sobrecarga, e desgaste emocional da equipe. E ainda, que as crianças e adolescentes são institucionalizadas para sua proteção, cuidado e desenvolvimento.

O capítulo 10 apresenta o resultado de uma pesquisa com o tema "Resiliência de mulheres em situação de violência adscrita a Estratégias Saúde da Família" revelando a possibilidade de ser resiliente mesmo em situação adversa a partir de si e do apoio das estruturas sociais existentes no território. A inclusão do conceito e prática da resiliência no cuidado em saúde pode ser uma perspectiva.

O capítulo 11 apresenta o resultado de uma pesquisa sobre desafios e possibilidades de mulheres em situação de violência doméstica e familiar em processo de judicialização mostrando que há falta de apoio familiar, perdas patrimoniais e não obtenção dos serviços na defensoria pública. No entanto, identifica-se o apoio dos profissionais dos serviços frequentados, de familiares e a capacidade de resiliência.

O capítulo 12 evidencia dados de um Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, a partir do projeto matricial *Determinantes Sociais em Saúde em pessoas com deficiência, famílias e rede de apoio ao cenário rural: múltiplas vulnerabilidades*. A realização da visita domiciliar pelos profissionais da equipe de saúde da família às pessoas com deficiência e suas famílias no contexto rural enfrenta inúmeros desafios. Apesar disso, a visita domiciliar mostrou-se uma estratégia legítima de atenção à saúde dessas pessoas, sendo, muitas vezes a única possibilidade de atendimento, contribuindo no rompimento de barreiras para o acesso à saúde e inserção dos usuários no sistema, além de permitir a abordagem do indivíduo e da família.

O capítulo 13 apresenta resultados de um Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem que abordou as vivências da equipe de saúde da família no cuidado a pessoas com deficiência e suas famílias no contexto rural. São evidenciados os principais tipos de deficiência atendidos pela equipe, as dificuldades enfrentadas na assistência e o conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas direcionadas às PCD. A atuação da equipe é fundamental para o acolhimento das pessoas com deficiência e suas famílias, não se limitando aos aspectos clínicos da deficiência, mas exercendo o acompanhamento familiar, o estímulo da autonomia e a busca pela preservação dos seus direitos.

Para finalizar o livro o Capítulo 14 buscou conhecer a dinâmica de agricultores familiares na permanência cultural, destacando os desafios e suas perspectivas de vida. As aproximações interculturais revelam que a dinâmica que tem norteado às famílias

na continuidade e permanência nos territórios, segue a evolução das políticas públicas preconizadas pelo Estado. Destacam que os incentivos e possibilidades de acesso às políticas não são equânimes o que tem gerado insatisfações pelas famílias. Como desafios, os agricultores familiares destacam o enfrentamento às dificuldades econômicas, a geração de renda, o endividamento, o empobrecimento além dos agravos à saúde. Por outro lado, perspectivam um horizonte em seus espaços, que permitam a continuidade de viver no coletivo social.

Desejamos excelente leitura e que esta trajetória de construção do NEPESC possa fomentar e fortalecer outros Núcleos, bem como ser disparador de novos e potentes projetos articulando o ensino, a pesquisa e a extensão.

Pesquisadoras do NEPESC

Profa. Dra. Marta Cocco da Costa

Profa. Dra. Andressa da Silveira

Profa. Dra. Alice do Carmo Jahn

Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva

Profa. Dra. Darielli Gindri Resta Fontana

Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos Colomé

Profa. Dra. Jaqueline Arboit

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

CAMINHADA DOCENTE E DISCENTE JUNTO A NÚCLEO DE PESQUISA: APRENDIZADOS, POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-9204-3213

Pollyana Stefanello Gandin
Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-8277-3952

Andréia Eckert Frank
Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-9193-1887

Débora Da Silva
Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-4049-5875

Thaylane Defendi
Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0003-3583-7073

Yasmin Sabrina Costa
Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-5857-896X

Silvana Teresa Neitzke Wollmann
Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões – RS Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-5441-4557

Carmem Layana Jadischke Bandeira
Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões - RS Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-0095-7975

RESUMO: Este capítulo tem como objetivo discorrer sobre o papel do Núcleo de pesquisa no processo formativo, trazendo elementos que permeiam o seu cotidiano, sendo eles: produção de conhecimento, trabalho coletivo, interfaces entre docentes e discentes, possibilidades de aprendizados para além da sala de aula e o fortalecimento de habilidades como: liderança, autonomia, trabalho em equipe. Também se propõem relatar brevemente a caminhada do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC), trazendo relatos de docentes e discentes, bem como uma construção representativa do pertencer a este Núcleo. Espera-se sensibilizar docentes e discentes quanto à relevância e potência dos núcleos nas instituições de ensino, como espaço de produção científica, saberes, vínculos, afetos na perspectiva de um trabalho colaborativo, interdisciplinar, internacional e interinstitucional.

PALAVRAS-CHAVE: Formação; Pesquisa; Grupo; Trabalho Colaborativo

TEACHER AND STUDENT JOURNEY TOGETHER WITH THE RESEARCH CORE: LEARNING, POSSIBILITIES AND CHALLENGES

ABSTRACT: This chapter aims to discuss the role of the Research Center in the training process, bringing elements that permeate its daily life, namely: production of knowledge, collective work, interfaces between teachers and students, learning possibilities beyond the classroom and the strengthening of skills such as: leadership, autonomy, teamwork. It is also proposed to briefly report the progress of the Center for Study and Research in Collective Health (NEPESC), bringing reports from professors and students, as well as a representative construction of belonging to this Center. It is expected to sensitize teachers and students about the relevance and power of the Centers in educational institutions, as a space for scientific production, knowledge, bonds, affections in the perspective of collaborative, interdisciplinary, international and interinstitutional work.
KEYWORDS: Training; Search; Group; Collaborative work

MOVIMENTOS DE INSERÇÃO NA PESQUISA E EXTENSÃO

A Universidade constitui um espaço propício para debates críticos fundamentados teoricamente, atuando no exercício da liberdade por meio do ensino, e formando pessoas comprometidas com o fortalecimento de uma sociedade mais democrática, tolerante e menos desigual. De acordo com Campos (2020), nesse cenário, há a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, que compõem a tríade da formação acadêmica, contribuindo para o desenvolvimento de olhar mais crítico, reflexivo e de aprendizados.

Tal prerrogativa faz com que docentes e discentes se engajem em grupos de pesquisa, a fim de experienciar o mundo da pesquisa e da extensão desde o processo inicial de elaboração de projetos, seu desenvolvimento e publicação. A construção do saber é baseado não apenas no sistema gerenciado por um docente, mas reelaborado para promover espaços de práticas e reflexão, em que acredita-se na formação profissional mediante um processo de ensino e aprendizado e de habilidades, conhecimentos técnicos e científicos, estimulando assim o discente na tomada de decisões. Dessa forma, o aprendizado passa a ser horizontal, estimulando as habilidades individuais e grupais (RIBEIRO, 2020).

Nesse sentido, a inserção do discente de graduação no mundo da pesquisa, representa um importante instrumento de complementação na formação, pois fomenta habilidades como técnicas de estudo e leitura, pensamento e escrita, estabelecendo interação entre o desempenho técnico e científico, mas principalmente na interação com outros pesquisadores estimulando a criação de estratégias, por meio de pesquisas que possam melhorar ou conhecer novos condicionantes (RIBEIRO, 2020).

Desta forma, destaca-se que a pesquisa, a ciência e a tecnologia estão em ascensão

em nível nacional e mundial, visto que atuam como suporte frente às demandas, buscando conhecer e desenvolver estratégias para superar as diferentes crises existentes no mundo. Em suma, o mundo atual necessita de novos conhecimentos, técnicas e abordagens para lidar com os problemas econômicos, sociais e ambientais (CRUZ, 2019). Assim, a produção científica, principalmente, no campo da saúde é uma estratégia que possui grande potencial para aperfeiçoar as ações e serviços de saúde (LAU, 2016).

De acordo com Santos (2019) os temas mais estudados no Brasil na perspectiva do campo da saúde, englobam os determinantes sociais de saúde, o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde, a organização dos cuidados em saúde, os custos e financiamentos do sistema de saúde, entre outros. Para tanto, as pesquisas neste âmbito precisam englobar múltiplas abordagens, buscando respostas e ações que permitam avançar no desenvolvimento da saúde e melhorias na qualidade de vida das populações.

No intuito de estimular a construção de processos participativos em saúde, tanto na gestão como na pesquisa, criaram-se políticas nacionais que objetivam aumentar os financiamentos governamentais para a pesquisa, capacitação e desenvolvimento humano, ocorrendo maior incentivo e ampliando a produção científica em saúde (PACKER, 2015). Em consequência, há aumento das atividades de produção tecnológica e de conhecimento em pesquisa, dispostas em linhas de pesquisa, com grupos de pesquisadores titulados ou em formação (CRUZ, 2019).

A inserção dos discentes e docentes nos grupos de pesquisa possibilitam a criação de vínculos, propiciando maior desenvolvimento da pesquisa científica e criando novos agentes transformadores, buscando maior qualidade na formação e na produção de conhecimento (CRUZ, 2019). Nesta perspectiva, salienta-se que o processo educacional envolve dois aspectos que dependem um do outro, que é o ensino e a aprendizagem, juntamente com um conjunto de pessoas, discentes, docentes e estudiosos, em que o objetivo é promover situações de aprendizagem, cujo resultado seja o crescimento pessoal, coletivo e a aquisição de conhecimentos científicos (SANTOS; MIDLEJ, 2019).

Ao falar em pesquisa, é importante destacar os diferentes tipos e metodologias para realizá-la, como por exemplo, a pesquisa experimental, realizada em laboratório. A pesquisa-ação, embasada não só no levantamento de dados, mas na procura de desencadear ações em conjunto com a população envolvida. Os estudos de casos, caracterizados pelo estudo profundo de algum acontecimento, de maneira que se permita investigar o determinado caso. A pesquisa participante, que possui a interação entre os pesquisadores e os membros participantes da situação a ser investigada, com uma forma de ação planejada, podendo ser de caráter social, educacional, técnico, ou outro. A pesquisa bibliográfica, que por sua vez, varia de acordo com os objetivos do pesquisador a respeito de determinado assunto

(RIBEIRO, 2020).

Como mencionado anteriormente, o processo formativo precisa estar ancorado na tríade ensino-pesquisa-extensão. Neste contexto, a extensão universitária com ação da Universidade junto com à comunidade, possibilitando o compartilhamento do conhecimento adquirido por meio do ensino e da pesquisa, desenvolvidos na instituição, construindo assim, uma ponte permanente entre a universidade e a sociedade. É ressaltado que a interação entre a academia e a sociedade, por meio da extensão, é amplamente discutida e utilizada para a formação dos profissionais da saúde, destacando-se o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais que irão atuar no campo da saúde, possibilitando assim, a execução de ações em todos os níveis de atenção, junto ao indivíduo ou a coletividade. Ou seja, a vivência de extensão universitária oportuniza experiências aos docentes e discentes, direcionando-os para atitudes responsáveis e seguras (SANTANA et al., 2021).

Dessa forma, a extensão universitária permite enriquecer as aprendizagens dos discentes, difundindo teorias, apoiando as práticas de pesquisa e propagando novas ideias e concepções (OLIVEIRA; JUNIOR, 2015), configurando-se em área acadêmica dinâmica que possibilita que o conhecimento chegue até a população, fazendo valer a missão da universidade, que consiste em participar da construção da cidadania (INCROCI, 2018).

NÚCLEO DE PESQUISA: ESPAÇO POTENTE PARA APROXIMAÇÃO E FORTALECIMENTO DA PESQUISA E EXTENSÃO

O núcleo de pesquisa se identifica por meio de um grupo de pesquisadores com o objetivo de produzir coletivamente. Ou seja, é a integração entre discentes e docentes em torno de projetos científicos e de extensão, conforme as linhas de pesquisa existentes. Desta forma, o objetivo de um núcleo de pesquisa é, seguir um projeto com a orientação de um docente e fazer aplicação do conhecimento técnico-científico, através da apresentação de propostas de ensino, pesquisa e extensão (CESCON, 2022). O núcleo de pesquisa pode oferecer programas de iniciação científica ou iniciação tecnológica, concedendo bolsas remuneradas ou voluntárias, em que se trabalha um tema relevante de acordo com o projeto inserido no núcleo e conta com a orientação de um docente ou de uma equipe de pesquisadores (SANTOS; SANTOS, 2019).

Os projetos de pesquisa se organizam em torno da produção de conhecimento por meio da investigação, e são viabilizados nos grupos ou núcleos de pesquisa. Dentro de um núcleo podem existir diversos projetos de pesquisa e extensão. Atualmente, a tendência dos núcleos é de integração de projetos e produção participativa, em parcerias. Assim, o

grupo de pesquisa torna-se como uma estrutura adequada para realização de atividades coletivas, compartilhamento de saberes e formação de recursos humanos (ERDMANN; LANZONI, 2008).

O núcleo de pesquisa permite ao acadêmico participante uma visão ampliada do processo de pesquisa, uma vez que o mesmo pode se inserir em todas as suas fases, desde o planejamento inicial até a apresentação dos resultados. A pesquisa acadêmica envolve levantamento bibliográfico, com buscas em meios físicos e eletrônicos; estruturação e validação de instrumentos de pesquisa; realização da coleta de dados, que oportuniza conhecer de perto a realidade do que está sendo pesquisado; transcrição dos resultados e elaboração do banco de dados; análise e discussão dos resultados, para posterior produção científica (KRAHL et al., 2009).

Neste contexto, existem diversas atividades realizadas pelos Núcleos, pode-se citar: as reuniões regulares para organização e deliberação de atividades, bem como organização e participação em eventos, como seminários e congressos, em que se estabelecem interfaces com outros acadêmicos, docentes e núcleos de pesquisa, de diferentes cursos e instituições. Estas atividades propiciam ao acadêmico desenvolver competências relacionadas à comunicação e responsabilidade, além de criação de novas relações interpessoais (KRAHL et al., 2009).

O grupo de pesquisa ainda promove a transformação do acadêmico em sujeito ativo na busca do conhecimento, deixando de ter apenas papel de ouvinte no processo ensino-aprendizagem. Portanto, o discente desenvolve autonomia e liderança, adquire novos conhecimentos e evidencia seu potencial de observação e análise, interligando bases teóricas estudadas com as vivências que a pesquisa acadêmica oportuniza (AZEVEDO et al., 2018).

A participação em projetos de pesquisa e consequente melhora do currículo do discente também pode estimular o mesmo a seguir neste caminho profissionalmente, buscando um mestrado e doutorado após a graduação. Ainda assim, mesmo que não ingresse no mundo da docência, o profissional formado com experiência em pesquisa tem aproximação com o ato de investigar. Isso instiga-o a desenvolver sua práxis buscando os melhores embasamentos para tal e estimula-o a refletir criticamente para resolver situações que surgem no seu exercício profissional (AZEVEDO et al., 2018).

Diante destas possibilidades e desafios, o Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões foi organizado, estruturado e registrado na Plataforma CNPq no ano de 2012, justamente para fomentar os elementos balizadores para uma formação crítica-reflexiva e

oportunizar diálogos coletivos entre docentes e discentes, buscando interfaces no ensino, na pesquisa e na extensão. Ao longo desta caminhada muitas construções, desafios e conquistas foram obtidas, visando o fortalecimento coletivo e o aprimoramento da produção de conhecimento.

Nesta direção, o NEPESC possui alguns objetivos, entre eles: articular graduação, pós-graduação e serviços, voltados ao ensino, pesquisa e a extensão para o desenvolvimento do conhecimento em saúde, reconhecendo a diversidade e complementaridade do pensar crítico/reflexivo; oportunizar o aprimoramento de habilidades dos estudantes e profissionais membros do grupo, com foco na pesquisa científica e as ações de extensão; produzir e disseminar conhecimento técnico-científico-ético, de relevância social, fortalecimento de tecnologias de cuidados em saúde, coerentes aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com olhar singular nas ruralidades.

DISCENTES E DOCENTES QUE TRILHAM A CAMINHADA JUNTO AO NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA (NEPESC)

Dando continuidade as reflexões aqui mencionadas, salienta-se que as interfaces entre docentes e discentes são mediadas pelas relações que fortalecem as questões educativas e de ensino, propiciam a prática de investigar e promovem um olhar crítico e reflexivo com vistas ao desenvolvimento, aperfeiçoamento e qualificação aos estudos e metodologias que proporcionam ao discente a construção do conhecimento (MORAIS, 2017).

Essa construção, transcende as atividades da pesquisa e extensão, já que a participação no núcleo de estudo conforme Fernández-Guayana (2020) se constitui em importantes espaços de aprendizagem, conhecimento, trocas de experiências, vivências, vínculos e boas relações. Essas relações ocorrem nos espaços e segmentos que possibilitam ao docente e discente desenvolver habilidades além de explorar temáticas referente à saúde das populações e identificar as iniquidades existentes no cuidado em saúde.

Para muitos, o núcleo de estudo é o primeiro contato com a pesquisa e a extensão, o que oferece a oportunidade de buscar materiais para embasar leituras e discussões, momentos de investigação, orientação, ainda, como espaço da cultura do pensar, gerar, experimentar e aplicar saberes, visto que a formação acadêmica e a práxis estão vinculadas à pesquisa e à extensão, o que contribui para o crescimento pessoal e profissional (AZEVEDO, 2018).

No ambiente das Universidades, local em ocorre produção de conhecimento,

estudos apontam que o trabalho em equipe melhora a qualidade e a quantidade de artigos publicados e realização de novos estudos, constituindo formação de grupos sociais, exercendo o papel de diferentes participantes nos grupos, como discentes e docentes que colaboram entre si (ODELIUS, SENA, 2009).

O NEPESC desde 2012, vem possibilitando a participação de docentes, discentes de diversos cursos da Universidade Federal de Santa Maria - *Campus Palmeira das Missões*, como bolsistas remunerados ou voluntários, como também profissionais da rede de Atenção à Saúde. A partir disso, segue alguns relatos de docente e discente sobre suas vivências e experiências junto ao núcleo de pesquisa.

Relato da Mestranda Carmem Bandeira:

> "A participação em grupos de pesquisa não se limita apenas à uma problemática ímpar gerada a partir de uma discussão cientifica acerca das temáticas discutidas nos grupos, mas motiva a construção de um espaço de compartilhamento empírico de ideias e experiências, um lugar onde se constrói saberes e se edificam seres humanizados e comprometidos com o (re)pensar da prática profissional, sempre aliando às evidências científicas. Para mim, participar do NEPESC é sinônimo de possibilidades. Estou vinculada ao núcleo desde a graduação, onde iniciei a iniciação científica em 2017 e hoje, como mestranda e pesquisadora, posso afirmar: as experiências são vastas, o vivido não pode ser traduzido em palavras, mas em sentimentos que são construídos encontro por encontro. Através desse núcleo, acessei referenciais que hoje conferem sentido para minha prática acadêmica e profissional. Participando do NEPESC muitas portas me foram abertas e só tenho a agradecer pelas oportunidades que tive, pois estas me impulsionaram a chegar a lugares que jamais imaginei estar. Fazer parte desse grupo me enche de orgulho!".

Relato da Docente Drª. Jaqueline Arboit:

> "A participação no NEPESC foi fundamental para o meu crescimento acadêmico e também pessoal. Considero que foi um verdadeiro divisor de águas na minha graduação, porque possibilitou ampliar meu olhar, estimulando a busca de novas oportunidades. Foi a partir da participação no grupo de pesquisa que decidi que deveria seguir na carreira acadêmica. No NEPESC tive a possibilidade de participar de diferentes projetos de pesquisa, auxiliando na redação das propostas, na coleta de dados por meio de diferentes técnicas de coleta como entrevista semiestruturada e grupo focal. Também atuei na transcrição e análise dos dados coletados e escrita de artigos científicos. A partir disso, pude compreender como os resultados das pesquisas podem contribuir para a produção de conhecimentos na enfermagem e na saúde e consequentemente para a qualificação da prática profissional nos diferentes cenários de atenção à saúde. Além disso, mediante a participação no NEPESC tive a oportunidade participar de diferentes eventos científicos, a nível local, regional e internacional, nos quais apresentei trabalhos oriundos de atividades desenvolvidas no âmbito do grupo e pude interagir com discentes e pesquisadores de diversas instituições. Considero que minha

inserção no grupo de pesquisa foi muito profícua, pois pude desenvolver e aprimorar competências e habilidades ímpares para a atuação profissional. Dentre essas, posso citar o trabalho em equipe, a comunicação, a análise crítico-reflexiva, fundamentais para o processo de trabalho do enfermeiro nas diversas áreas em que este atua".

Frente aos relatos, e tendo em vista que atualmente o Núcleo conta com sete docentes e inúmeros discentes vinculados a diversos Cursos de Graduação e Pós-graduação, foi produzido de forma coletiva, uma figura que representa para este coletivo pertencer ao NEPESC, por meio da construção gráfica "nuvem de palavras" (Figura 1).

Figura 1- Representação "nuvem de palavras" por meio da consulta pela frequência de palavras. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2022.

Nos relatos e na representação da "nuvem de palavras" evidencia-se elementos que integram o cotidiano e o caminhar coletivo para fortalecer o processo formativo, onde as palavras *conhecimento, saberes e aprendizado* sinalizam isso. Também, observa-se que os relatos e as palavras remetem a produção de afetos e vínculos, o que mostra que o saber/fazer coletivo, na dimensão científica, requer elementos sensíveis de aproximações, diálogos, trocas e que são permeados por sentimentos, emoções e que se valoriza neste espaço. O espaço de produção na medida em que provoca troca de conhecimentos, opiniões e experiências, possibilita vários olhares sobre a mesma realidade e novas estratégias a serem construídas.

Cabe ainda destacar que muitas palavras remetem ao espaço do núcleo, enquanto

oportunidade, crescimento, liderança, autonomia que são elementos essenciais para futuros profissionais, pesquisadores em suas trajetórias. Com isso, o caminho compartilhado enriquece e fortalece o processo ensino-aprendizagem, ampliando o vivido para além da sala de aula, a fim de gerar conhecimento científico por meio de processos colaborativos de pesquisa. Assim, a ação colaborativa em grupos de pesquisa leva à melhoria das práticas, a novas oportunidades para a reflexão, à redução do isolamento de docentes e discentes e à adoção de múltiplos olhares no campo da pesquisa e extensão.

Nesta perspectiva que o NEPESC continuará sua caminhada, pautado no seu fortalecimento, por meio do trabalho colaborativo, no aperfeiçoamento de políticas de apoio aos núcleos e buscando a formação de redes internacionais e interinstitucionais de pesquisa, além do aprimoramento da formação de docentes e discentes vinculados a Graduação e a Pós-graduação.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, I. C. de et al. **Importância do grupo de pesquisa na formação do estudante de enfermagem.** Revista de enfermagem da UFSM, p. 390-398, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26003/pdf. Acesso em 01 jul. 2022.

CAMPOS, E. F. E. **Ensino, pesquisa, extensão: contribuições da pesquisa-ação.** Revista Actualidades Investigativas em Educácion, v.20, n.1, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15517/aie.v20i1.39972. Acesso em 03 jul. 2022.

CESCON, E. **Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento Tecnológico.** Universidade de Caxias do Sul, 2022. Disponível em: https://www.ucs.br/site/nucleos-de-pesquisa/ONucleodePesquisa(NP,Superior(CAPES)doMEC. Acesso em 06 jul. 2022.

CRUZ, M. M.; OLIVEIRA, S. R. de A.; CAMPOS, R. O. **Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas.** Saúde em Debate, v.43, n.122, p. 657-667, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912201. Acesso em 02 jul. 2022.

ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. de M. **Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007.** Escola Anna Nery, v. 12, n. 2, pp. 316-322, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200018. Acesso em 11 jul. 2022.

FERNÁNDEZ-GUAYANA, T. G. **Fenomenología de la responsabilidad por el Otro: un estudio sobre la vocación de la docência.** Revista Educácion, v. 44, n.1, p.1-19, 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44060092039. Acesso em: 11 jul. 2022.

INCROCCI, L. M. de M. C.; ANDRADE, T. H. de N. **Strengthening extension in the science field: an analysis of ProExt/MEC notices.** Soc estado, v. 33, n. 11, p. 187-212, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0102- 699220183301008. Acesso em 11 jul. 2022.

KRAHL, M. et al. **Experiência dos acadêmicos de enfermagem em um grupo de pesquisa.** Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 62, n. 1, p. 146-150, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100023. Acesso em 01 jul. 2022.

LAU, R. et al. **Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews.** Implementation Science, v. 11, n. 40, 2015. Disponível em: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0396-4. Acesso em: 11 jul. 2022.

MORAIS, M. de F. et al. **Teaching Practices for Creativity at University: A Study in Portugal and Brazil.** Paidéia, v. 27, n. 67, p. 56-64, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-43272767201707. Acesso em 11 jul. 2022.

ODELIUS, C. C.; SENA, A. de C. **Atuação em Grupos de Pesquisa: Competências e Processos de Aprendizagem.** Revista de Administração FACES Journal, v. 8, n. 4, p. 13-31, 2009. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1940/194014451002.pdf. Acesso em 07 jul. 2022.

OLIVEIRA, F. L. B.; JUNIOR, J. A. **Motivações de acadêmicos de enfermagem atuantes em projetos de extensão universitária: a experiência da faculdade ciências da saúde do Trairí/UFRN.** Revista Espaço e Saúde, v. 16, n. 1, p. 36-44, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n1p40. Acesso em 12 jul. 2022.

PACKER, A. L. **Indicadores de centralidade nacional da pesquisa comunicada pelos periódicos de Saúde Coletiva editados no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 7, p. 1983-1995, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.07122015. Acesso em 12 jul. 2022.

RIBEIRO, M. S. P. **Saberes essenciais para a pesquisa na graduação.** Unicamp, 2020. Disponível em: https://www.bccl.unicamp.br/wp-content/uploads/2020/02/Saberesessenciaisparapesquisanagraduacao. Acesso em 10 jul. 2022.

RIBEIRO, P. **A tríade Ensino, Pesquisa e Extensão para a formação acadêmica.** Sanar Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.sanarsaude.com/portal/residencias/artigos-noticias/colunista-odontologia-a-triade-ensino-pesquisa-e-extensao-para-a-formacao-academica>. Acesso em: 10 de Jul. 2022. Acesso em 10 de Jul. 2022.

SANTANA, R. R. et al. **Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde.** Educação & Realidade, v. 46, n. 2, p. e98702, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/edreal/a/qX3KBJghtJpHQrDZzG4b8XB/. Acesso em 10 jul. 2022.

SANTOS, A. de O.; BARROS, F. P. C.; DELDUQUE, M. C. **A pesquisa em saúde no Brasil: Desafios a enfrentar.** Saúde em Debate [online], v. 4, n. sp. 5, p. 126-136, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S511. Acesso em 10 jul. 2022.

SANTOS, J. R. R. dos; MIDLEJ, M. M. B. C. **Uma reflexão sobre o contexto educacional contemporâneo.** Psicol. educ., n. 48, p. 77-86, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752019000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 jul. 2022.

SANTOS, M. C. E. M.; SANTOS, P. C. M. de A. **Pesquisa e extensão universitária como sustentação do ensino.** Brazilian Journal of Developmen [online], v. 6, n. 1, p. 14345-14360, 2019. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/3095/301. Acesso em 06 jul. 2022.

VARGAS, M. A.; BRITTO, J. **Scientific and technological capabilities in health-related areas: opportunities, challenges, and interactions with the industrial sector.** Caderno e saúde pública [online], v. 32, n. sp. 2, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00185214. Acesso em 06 jul. 2022.

CAPÍTULO 2

VIVÊNCIA ACADÊMICA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM INDÍGENAS KAINGANG: EXPERIÊNCIA CULTURAL E DE CUIDADO EM SAÚDE

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Alice do Carmo Jahn
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/9208717195785577

Gilson Carvalho
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/0827272368228597

Gabriela Manfio Pohia
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8720837121364369

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8557033172028151

Leila Mariza Hildebrandt
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8447333498388101

Andressa da Silveira
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/5054903220250339

Larissa Caroline Bernardi
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8218644877010842

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo descrever a vivência acadêmica em um Programa de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM /RS, Campus de Palmeira das Missões, com indígenas da cultura Kaingang, Terra Indígena Inhacorá, a qual é de abrangência do referido Programa. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, o qual ocorreu em dois momentos: novembro de 2017 a junho de 2018, de janeiro a julho de 2022, totalizando sete imersões. A Terra Indígena Inhacorá (TI), pertence ao município de São Valério do Sul – RS, onde habitam aproximadamente 1.300 pessoas. No campo investigativo as ações eram realizadas usando se de diálogos, rodas de conversa, debates, desenhos, seminários entre outros. Essas modalidades oportunizaram maior aproximação com os indígenas e suas demandas. A troca de saberes interculturais gerou aprendizados e vivências onde foi possível junto com os demais extensionistas realizar atividades coletivas de acordo com as necessidades indígenas. A experiência na extensão constituiu uma oportunidade ímpar no processo ensino aprendizado acadêmico, partindo de reflexões sobre a temática indígena e as implicações para o cuidado com ações voltadas a grupos em situações de vulnerabilidades, no caso os indígenas. As inserções em um território com diferentes singularidades culturais são desafiadoras abrindo oportunidades para outras frentes de imersões, a exemplo na diversidade cultural e étnica. Até o momento a extensão Universitária não faz parte do Currículo do Curso de Enfermagem, o que reforça a importância de que estudantes venham se inserir em programas ou projetos de cunhos

extensionista.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão; enfermagem; diversidade cultural.

ACADEMIC EXPERIENCE OF A UNIVERSITY EXTENSION PROGRAM WITH KAINGANG INDIGENOUS: CULTURAL EXPERIENCE AND HEALTH CARE.

ABSTRACT: The main objective of this work was to describe the academic experience in an Extension Program of the Federal University of Santa Maria – UFSM / RS, Campus of Palmeira das Missões, with indigenous people of the Kaingang culture, Indigenous Land Inhacorá, which is covered by the aforementioned program. . This is a descriptive study, experience report type, which took place in two moments: November 2017 to June 2018, from January to July 2022, totaling seven immersions. The Inhacorá Indigenous Land (TI) belongs to the municipality of São Valério do Sul – RS, where approximately 1,300 people live. In the investigative field, actions were carried out using dialogues, conversation circles, debates, drawings, seminars, among others. These modalities made it possible to get closer to the indigenous people and their demands. The exchange of intercultural knowledge generated learning and experiences where it was possible, together with the other extensionists, to carry out collective activities according to indigenous needs. The extension experience constituted a unique opportunity in the academic teaching-learning process, starting from reflections on the indigenous theme and the implications for care with actions aimed at groups in situations of vulnerability, in this case the indigenous people. The insertions in a different territory with cultural singularities are challenging, opening opportunities for other fronts of immersion, for example in cultural and ethnic diversity. So far, the University extension is not part of the Curriculum of the Nursing Course, which reinforces the importance of students entering programs or projects with an extensionist nature.

KEYWORDS: Extension; nursing; cultural diversity.

1 | INTRODUÇÃO

A presente pesquisa descreve a vivência acadêmica em um Programa de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM /RS, Campus de Palmeira das Missões, com destaque junto a indígenas Kaingang da Terra Indígena (TI) Inhacorá. A extensão universitária consiste em um dos componentes essenciais de sustentação nas instituições de ensino superior e da formação acadêmica e profissional. Segundo o Plano Nacional de Extensão Universitária, a extensão é:

> "entendida como prática acadêmica que interliga a universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa com as demandas da maioria da população, possibilita essa formação do profissional cidadão e se credencia cada vez mais junto à sociedade como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes" (BRASIL, 2000/2001, p. 08).

A Política Nacional de Extensão Universitária, originada a partir do Fórum de

Pró-Reitores de Extensão Universitária em 2012, sistematizou diretrizes que orientam a implementação das ações extensionista nas Universidades Públicas Brasileiras, destacando-a como uma prática que se articula com o ensino e pesquisa de maneira indissociável e interdisciplinar. Além destas características, o pilar da extensão proporciona o deslocamento universitário para o contexto de vida dos atores sociais e suas singularidades (FORPROEX, 2012; JAHN et al, 2016).

Nesta direção e das reflexões que aconteciam nas disciplinas da Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus de Palmeira das Missões/RS, e nas interações com docentes que desenvolvem atividades de extensão, na qual se observou que as inserções acadêmicas nessa frente eram tímidas. O Curso de Enfermagem não contempla no projeto Pedagógico esta prática, que é preconizada nas Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira.

Nas disciplinas de saúde coletiva, aconteceram reflexões que constituíram um primeiro contato referente aos indígenas, em especial acerca das políticas de saúde, como também, foi oportunizado aos estudantes uma viagem para conhecer a aldeia. Os debates que antecederam o deslocamento a Terra Indígena versavam também sobre a cultura, direitos humanos entre outros assuntos, o que aguçaram o interesse em trazer uma singela contribuição acadêmica voltada ao segmento social indígena.

Reconhecendo a importância da extensão na formação acadêmica e da existência de um Programa de Extensão no referido Campus, foi realizado contato com a coordenação deste para possibilidade de inserção. Já como integrante do programa e nos encontros com os demais extensionistas, uma das frentes de atuação da equipe acontecia com indígenas Kaingang da TI Inhacorá. As aproximações com uma cultura diferente e o desejo em conhecer um pouco sobre a temática indígena, despertou o interesse em problematiza lá como um Trabalho de Conclusão do Curso (TCC). O que se propõe consiste em relatar a experiência como extensionista entre os Indígenas Kaingang.

Além dos elementos expostos acima, corroboraram para esta construção, o fato da TI estar localizada próxima da UFSM. Destaca-se que um diferencial da localização do Campus é a concentração do maior número de indígenas do Estado do Rio Grande do Sul-RS, os quais estão distribuídos nas regiões norte e noroeste do Estado (IBGE, 2010; JAHN, 2015).

Estas informações fizeram parte das motivações acadêmicas em buscar aproximações com indígenas as quais foram oportunizadas na modalidade da extensão universitária, via Programa de Extensão em Desenvolvimento Regional Sustentável: o fazer universitário e as interfaces com o território rural e indígena Kaingang por meio de ações

multidisciplinares. Em síntese, o programa consiste em intercâmbios acadêmicos com um olhar as questões que emergem dos atores sociais para sistematizar as intervenções coletivas.

O presente estudo faz parte do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC), da UFSM campus Palmeira das Missões, o qual segue em forma de artigo científico. Assim, possui a seguinte questão norteadora: Os aprendizados da extensão universitária refletem na formação acadêmica e realidade local Kaingang? Para responder à questão, têm-se como objetivo: Descrever e contextualizar as vivências acadêmicas em um Programa de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus de Palmeira das Missões, junto aos Kaingang da Terra Indígena Inhacorá – RS, e possibilidades de contribuições na comunidade local.

2 | ELEMENTOS TEÓRICOS E DO CONTEXTO DO POVO KAINGANG

Os indígenas Kaingang compõem um dos cinco povos indígenas mais numerosos do Brasil Meridional, com uma população em torno de 45.620 pessoas (ISA, 2017). Habitam em cerca de 30 Terras Indígenas (TI) no Estado do Rio Grande do Sul-RS, demarcadas, e outras em processo de redemarcação distribuídas em seus antigos territórios. Também os indígenas ocupam centros urbanos e acampamentos as margens de rodovias. Além do Estado do RS, os Kaingang estão localizados nos estados de São Paulo, Paraná e Santa Catarina. (IBGE, 2021)

No Rio Grande do Sul são em torno de 18.000 índios, sendo que a maior concentração é visualizada nas regiões Norte e Noroeste gaúcho (IBGE, 2010), território adjacente da UFSM - Campus Palmeira das Missões, RS. Os Kaingang são falantes da língua Jê, pertencente ao grande tronco Macro-Jê (D'ANGELIS, 2012; PORTAL KAINGANG, 2022).

Em sua trajetória, o povo Kaingang sobreviveu a diferentes desafios impostos no processo de colonização. Enfrentaram os mais variados tipos de violências e a desapropriação de seus territórios, que na atualidade, é uma de suas lutas para que o Estado continue a (re) demarcação das Terras Indígenas (TI) conforme preconizado na Constituição Federal de 1988. Os índios expulsos de suas terras e aldeados buscaram manter as bases culturais, os conhecimentos tradicionais e práticas da sua medicina (ORBIS, 2017; JAHN, 2015).

Os indígenas Kaingang seguem uma organização social e cosmovisão definida. Uma das características presentes está relacionada ao dualismo simbólico, o qual os refere às metades ou marcas a que pertencem, ou seja: Kamé ou Kanhru. As metades ou marcas

estabelecem as bases culturais e influenciam as concepções de mundo e as relações que são estabelecidas na coletividade Kaingang. As metades clânicas possuem características assimétricas, mas se complementam enquanto unidade social, onde uma depende da outra para dar continuidade à metade oposta (ROSA, 2005; JAHN et al, 2021).

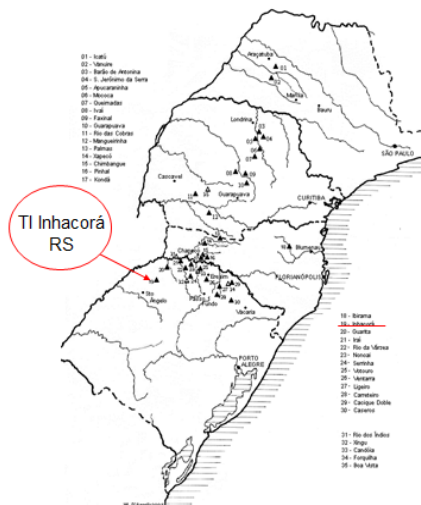
A importância nas aproximações interculturais consiste em conhecer os elementos que significam à cultura, os saberes e práticas tradicionais os quais devem ser respeitados. A Constituição Federal de 1988, Art. 231 assegura que são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

3 | CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo tipo relato de experiência acadêmica, fruto da participação em um Programa de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus de Palmeira das Missões – RS. O foco da vivência centrou-se com indígenas Kaingang pertencentes à Terra Indígena Inhacorá, situada no município de São Valério do Sul/RS. O Período de coleta das informações aconteceu da participação acadêmica no Programa de Extensão entre novembro de 2017 a junho de 2018 e de janeiro a julho de 2022, perfazendo um total de 12 meses.

Na TI Inhacorá habitam cerca de 1.300 pessoas o que perfaz 250 famílias. Os indígenas de Inhacorá são falantes do idioma materno, o Kaingang, mas também são bilíngues falantes da língua portuguesa. Assim, não houve dificuldades em compreender o que era falado entre os participantes, o que facilitou a comunicação no decorrer das imersões na aldeia.

Os dados do estudo foram coletados no decorrer da convivência e interações com os indígenas nas imersões dos estudantes do programa de extensão. Os registros e anotações eram realizados em caderno de campo, assim como as observações do que acontecia no decorrer das atividades de educação em saúde, dinâmicas de grupos, rodas de conversas, oficinas temáticas, depoimentos entre outros. Essas metodologias proporcionaram maior abertura e a participação dos atores sociais no processo de construção compartilhada de conhecimentos e experiências culturais. O público-alvo foram indígenas da aldeia (JAHN, et al, 2016).

Abaixo demostra-se a localização da TI Inhacorá:

Localização: Margem direita do Rio Inhacorá – SV/RS.

Área original delimitada: 8.023 hectares.

Área original demarcada: 5.859 hectares.

Área atual: 2.843,38 hectares.

POPULAÇÃO: 1.300 pessoas

RS: Norte e Noroeste com maior número de indígenas.

Fonte: IBGE, 2021

Os deslocamentos para as ações extensionistas variavam de 40 dias a dois meses. Geralmente era dado um intervalo entre a comunidade indígena e as do rural. Outro aspecto entre as imersões do grupo nas comunidades variavam em função de fatores como: condições climáticas, contratempos internos no município de São Valério do Sul como na aldeia entre outros. Entre as ações de extensão desenvolvidas pelo programa no território indígena Kaingang destacam-se a educação em saúde; promoção à saúde e prevenção de agravos.

É importante mencionar que foi identificado pelo programa de extensão junto à comunidade indígena quatro eixos de discussões para ações coletivas: saúde; agricultura; lazer e cultura (artesanato). Os eixos deram abertura a uma ampla mobilização com discussões junto a gestores, órgãos e instituições. A ideia das pessoas envolvidas consistia que em cada eixo houvesse um grupo de trabalho com representantes de segmentos como: gestor municipal, órgãos, instituições e sociedade civil. Na continuidade será apresentada a experiência acadêmica fruto da vivência no Programa.

4 I RESULTADOS

As aproximações acadêmicas com os indígenas Kaingang da Terra Indígena Inhacorá - RS aconteceu inicialmente nas disciplinas da saúde coletiva e na sequência como extensionista. O presente estudo faz parte do Programa de Extensão em Desenvolvimento

Regional Sustentável, aprovado mediante edital do Fundo de Incentivo à Extensão (FIEX, 2018), ainda vigente.

A inserção no programa constitui um desafio. Inicialmente foi o de fazer parte de um grupo de extensionistas que já vinha desenvolvendo ações, assim como, os temas que estavam sendo trabalhados junto às diferentes comunidades. O fato de a equipe ser muito acolhedora, e ter colegas de outros semestres do mesmo curso, facilitaram a adaptação como extensionista. O grupo era composto por estudantes dos seis Cursos de graduação existente no Campus: enfermagem; ciências econômicas e biológicas; administração; nutrição e zootecnia.

Os diferentes cursos reunidos no Programa de extensão também foram desafiadores em função dos objetivos elencados que comungavam de maneira multiprofissional, somado as trocas de saberes interculturais. Na dinâmica de trabalho havia uma agenda semanal com a presença da coordenadora e extensionista. Para os encontros coletivos, data e horário foram estabelecidos e acordados entre o grupo que no decorrer dos semestres eram revistos. Para contemplar e assegurar a participação dos estudantes, data e horário foram estabelecidos, sendo de comum acordo no intervalo de aulas e almoço: das 12hs e 30 min às 13hs e 20 min. Além destes momentos a comunicação acontecia via redes sociais. Os encontros aconteciam nas dependências da UFSM em espaço físico destinado para o programa e possuíam uma sala equipada com computadores, impressora e materiais didáticos que apoiavam os extensionistas durante o momento de estudo.

Nos encontros semanais ocorriam momentos de estudos que refletiam as demandas das comunidades alvo das ações, como também ficava em aberto para temas de interesse dos extensionistas. Havia um rodízio entre os extensionistas para a coordenação dos trabalhos, os quais eram registrados em uma Ata onde ao final todos os participantes assinavam. Na sequência discutia-se a programação das ações com os próximos deslocamentos aos territórios e as responsabilidades nas atividades. Destaca-se que os encontros eram momentos intensos em função das demandas do programa, das responsabilidades atribuídas ao grupo, exigências para a produção/divulgações das construções em eventos e periódicos.

Após tecer informações gerais da dinâmica de trabalho dos extensionistas, seguem os elementos da produção entre os Kaingang, os quais fazem parte da vivência/experiência acadêmica da inserção nesta cultura, desenvolvidas na aldeia e que foram muitas, dado período de atuação como extensionista, que teve início em novembro de dois mil e dezessete.

No início, o que demandava ao grupo em especial, consistia na organização e

preparação da festa de Natal às crianças indígenas da aldeia. Foram em torno de três meses de divulgação nas redes sociais e com pontos estratégicos para arrecadações de brinquedos, com o propósito de tornar o Natal de cerca de 300 crianças indígenas mais alegres e festivos.

A ação do Natal destinada às crianças foi um marco pelo envolvimento de muitas pessoas que se solidarizaram com a causa, inclusive com doações provenientes de outras cidades. Outro aspecto refere-se a dimensão social e destaque que as ações adquiriam entre gestores do município e órgãos envolvidos, onde foram arrecadados em torno de 500 brinquedos em bom estado de conservação, que após serem higienizados foram separados em embalagens coloridas para serem entregues, ação a qual ocorreu no primeiro dia do mês de dezembro do ano de dois mil e dezessete, e foi de suma importância para aproximação a interculturalidade no fazer profissional, conforme demonstra a imagem abaixo.

Imagem 1: entrega de brinquedos às crianças indígenas, 2017.

FONTE: Acervo do Programa de Extensão, 2017.

Pondera-se que, embora parecer uma ação simples, demandou vários contatos e comunicação da coordenação do programa com liderança da aldeia e gestor do município de São Valério do Sul-RS e secretaria, sendo que as articulações foram importantes para que as ações viessem acontecer da melhor forma possível. A experiência em participar daqueles momentos, significou o quanto é desafiador e impactante a inserção em outras culturas, seja pelo fato de respeitar as singularidades e também a aprender com o outro.

Ainda, na circulação com indígenas na aldeia, muitas informações sobre os

aspectos que envolvem a vida em comunidade foram identificadas, outros socializados por eles. Destaca-se a questão ambiental, preocupações na preservação dos mananciais, o desmatamento, uso de agrotóxicos, redução dos espaços para produção de alimentos. No que diz respeito ao desmatamento, nas interlocuções ficou claro a apreensão com as plantas e ervas medicinais que estão cada vez mais escassas, assim como, a matéria prima para confeccionar os artesanatos, já que são a principal fonte de renda da maioria das famílias.

5 I DISCUSSÃO

Para maior entendimento desse contexto, a Terra Indígena Inhacorá está organizada em uma única aldeia, possui 2.843,38 hectares, localizada à margem direita do Rio Inhacorá, a 14 quilômetros da sede do município de São Valério do Sul – RS. A aldeia é habitada por indígenas da etnia Kaingang, como já mencionado, são aproximadamente 1300 pessoas. Em relação à liderança o povo Kaingang possui uma hierarquia disciplinar, a autoridade maior na aldeia é a posição do cacique que é responsável pela manutenção e ordem na comunidade indígena e demais atribuições (JAHN et al, 2017).

Com relação á língua falada, as crianças aprendem primeiro o idioma Kaingang com seus pais, e na escola, aprendem a língua portuguesa a partir do segundo ano do processo de alfabetização. No quinto ano do ensino fundamental, a língua Kaingang passa a compor uma disciplina, sendo que na aldeia existe uma Escola, a Estadual Indígena de Ensino Fundamental, Marechal Candido Rondon, um importante espaço que também acolhe autoridades de diferentes esferas e sedia ações por ser um ponto estratégico.

Em relação à renda, existem iniciativas de cultivos praticados pelos índios como meio de subsistência: mandioca, milho, batata doce, trigo, além da criação de aves e suínos. Outros trabalham em órgãos públicos, desempenham as funções de professores; alguns recebem benefícios de programas governamentais, mas a maior fonte de renda das famílias provém da comercialização de artesanatos (JAHN, eEt al, 2017). Em tempos da pandemia do COVID-19, a situação das famílias ficou crítica, requerendo auxílios de várias frentes. Neste sentido, integrantes do programa de extensão tiveram participação mesmo que a distância, sendo estruturadas ações no formato de uma rede de solidariedade para arrecadar alimentos e agasalhos.

Os momentos vividos na extensão tomavam uma dimensão macro de aprendizados e trocas de saberes. Muitas reflexões aconteciam no itinerário acadêmico junto aos indígenas. Como seria a formação acadêmica caso não tivesse a oportunidade de participar da extensão universitária? O foco restrito no ensino da graduação limitaria o fazer no futuro

profissional nas mediações culturais.

Conforme a resolução nº 7 de 18 de dezembro de 2018, as diretrizes para a Extensão regulamentam que as atividades acadêmicas devem fazer parte de, no mínimo, 10% da carga horária curricular estudantil na forma de componentes curriculares dos cursos de graduação, ou seja, deverão fazer parte da matriz curricular dos cursos. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018) Outros destaques devem considerar além das questões de saúde de indivíduos e comunidade, a problemática que as envolvem na diversidade social, econômica, cultural e étnica existente na região.

A Resolução supracitada estabelece conceitos, diretrizes e princípios para a Extensão na Educação Superior, a fim de proporcionar uma aprendizagem ativa e cidadã aos estudantes, pautada numa interação dialógica efetiva com os demais setores da sociedade com trocas de saberes e práticas transformadoras. A definição de extensão preconizada na referida Resolução consiste como:

> "atividade que se integra à matriz curricular e à organização da pesquisa, constituindo-se em processo interdisciplinar, político educacional, cultural, científico, tecnológico, que promove a interação transformadora entre as instituições de ensino superior e os outros setores da sociedade, por meio da produção e da aplicação do conhecimento, em articulação permanente com o ensino e a pesquisa" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018).

A interface de saberes interculturais, entre a universidade via extensão e comunidades indígenas, busca sensibilizar, fomentar e ampliar o potencial de pessoas, para que consigam intervir em seu contexto de vida na perspectiva de mudanças social, que sejam protagonistas nas proposições. O desejo nas construções e ações coletivas além do papel social universitário, consiste em olhar para culturas e contribuir nas iniquidades em saúde e para uma atenção diferenciada conforme preconiza a Política de Atenção aos Povos Indígenas, e deve ser abordado desde a graduação articulando-se ao fazer profissional durante o processo de trabalho.

É importante dizer que os Kaingang vivenciaram a violação de seu território, sendo que houve a desapropriação de terras, o que acarretou consequências à vida dos indígenas quando retornaram ao seu local (JAHN et al, 2017). Um fato que muito me impressionou a partir das interações e conhecimento junto ao programa foi que apesar da violação dos espaços de vida dos indígenas, esses procuraram manter os saberes e práticas tradicionais, principalmente e com a presença dos sábios da aldeia. Destaca-se que os sábios são pessoas chaves que prestam serviços importantes a comunidade em suas necessidades, entre eles estão os Kofá (velhos), parteiras e o líder espiritual conhecido como Kuiã.

Os serviços prestados pelo Kuiã são relacionados a benzeduras, preparo de

remédios com ervas, plantas, raízes para os membros da comunidade, tanto para as crianças quanto para adultos. “Para os Kaingang, os saberes do Kuiã são buscados antes de acessarem o sistema oficial de saúde disponível na aldeia” (JAHN et al, 2021, p.19). Na cosmovisão Kaingang saúde-doença transcende a visão biológica do indivíduo com intervenções curativas ancoradas na visão mecanicista. O paradigma clínico não constitui o princípio norteador do saber e das práticas de cuidados vivenciadas em determinado contexto sociocultural (JAHN et al, 2017).

Para atender a comunidade no processo saúde doença há uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, médico, dentista, agentes indígenas de saúde (AIS), agentes indígenas de saneamento (AISAN) e um motorista, onde foi possível presenciar a inauguração da nova estrutura física de atenção aos indígenas, Estratégia de Saúde Indígena. Nas interlocuções e no decorrer das ações extensionistas, ouvia-se relatos com reclamações de indígenas sobre o atendimento na saúde. Muitas queixas diziam respeito às práticas e condutas dos profissionais sem olhar para a cultura. O fato da maioria dos profissionais na equipe serem da cultura branca pode ser um dos aspectos limitadores para que aconteçam as trocas culturais com a inclusão das práticas indígena.

O estudo conduzido por Jahn *et al* (2021), o pensamento Kaingang sobre saúde retrata elementos que permeiam a existência em coletividade, possuem sua medicina, mas desejam que o sistema de saúde efetue uma atenção equânime e diferenciada aos indígenas. Expressam a importância de elos culturais e que os profissionais dialoguem, respeitando a diversidade e as práticas terapêuticas que adotam (JAHN et al, 2021, p. 18).

6 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação de saberes e práticas extensionistas junto à comunidade indígena Kaingang, revelou elementos que envolvem uma realidade complexa que teve como uma das motivações, a disputa de terras entre índios e agricultores, cujas consequências geraram impactos negativos em sua vida e cultura. O território passou por mudanças na sua configuração com o processo de redemarcação das terras, colocando os indígenas em situações de vulnerabilidades, desafiando os a trilharem caminhos em busca de outros saberes e adaptações. A oportunidade em vivenciar uma prática de extensão na formação acadêmica, permitiu um conhecimento com aprendizados culturais e de vida, externos a Universidade, e ter contribuído nas demandas da comunidade indígena junto aos demais extensionista.

O convívio entre os Kaingang além das ações que foram desenvolvidas possibilitou a geração de elos, de participar da vida em comunidade e circular em espaços que não

faziam parte do imaginário acadêmico. O deslocar-se e adentrar em espaços culturais, aproxima os estudantes ao contexto de vida dos atores sociais e poderá ser uma via de trocas de saberes na qualificação da atenção e cuidado aos indígenas, como também, na adesão as medidas de autocuidado. Assim, experiências entre culturas e com estudantes de outras áreas do conhecimento poderão proporcionar benefícios em especial na qualidade dos serviços prestados.

A experiência na extensão constituiu uma oportunidade ímpar no processo ensino aprendizado acadêmico, partindo de reflexões sobre a temática indígena e as implicações para o cuidado de enfermagem, como o exemplo, na diversidade cultural e étnica. Até o momento a extensão Universitária não faz parte do Currículo do Curso de Enfermagem, o que reforça a importância de que estudantes venham se inserir em programas e projetos de cunho extensionista.

REFERÊNCIAS

BECKER, I.I.B**. O índio Kaingang do Rio Grande do Sul.** São Leopoldo: UNISINOS, 1995.

BLOEMER, N.M.S. (Orgs). **Os Kaingang no Oeste Catarinense: Tradição e atualidade**. Chapeco/SP.

BORBA, T. **Actualidade Indigena.** Curitiba: Impressora Paranaense, 1908. 171 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 29 maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Saúde indígena: etnodesenvolvimento das sociedades.**

CLAUDINO, Cleci. **O Papel Social da Mulher Kaingang da Terra Indígena Guarita**: Trabalho de comparação com o xamanismo bororo. Porto Alegre: Horizontes Antropologicos, a.8, n.18, p.113-9.

FORPROEX. **Política Nacional de Extensão Universitária.** Manaus: FORPROEX, 2012. Disponível em: http://www.renex.org.br/documentos/2012-07-13-Politica-Nacional-deExtensao.pdf . Acesso em: 29 abr. 2022.

Fórum de Pró Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC, Edição Atualizada 2000/2001.

FREITAS, A.E.C. Mrur Jykre: **a cultura do cipó- territorialidades kaingang na bacia do Guaíba.** Fundação Nacional Pró-Memória, 1983.

Gil A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Índios Zona Urbana e Rural 2010.

JAHN, A. C., ANDRIOLLI, E. M., POHIA, G. M., MAZZONETTO, J., SOLER, G. P. 2017. **Inhacorá após a desapropriação: desafios e possibilidades.** Foz do Iguaçu Pr: Orbis Latina, v. 7, n. 3, 15 dez. 2017.

JAHN, Alice do Carmo. **O kófa: etnografia sobre a velhice kaingang.** 2015. f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: < http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/698>.

JAHN, Alice do Carmo; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; SOLER, Maria da Graça Porciúncula; COSTA, Marta Cocco da.; FLORES, Antonio Joreci; ANDRIOLLI, Elaine Marisa; FONTANA, Darielli Gindri Resta; SILVA, Ethel Bastos da.; OLIVEIRA, Tatiana Nigaja Claudiano de. **O FAZER ACADÊMICO E AS INTERFACES COM O TERRITÓRIO INDÍGENA KAIGANG: aproximando saberes por meio de ações de extensão**. ANAIS do 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária - CBEU. 2016.Ouro Preto/MG.

ROSA RRG. (2005). **A dinâmica do Xamanismo Kaingang.** Numem, Revista de Estudos e Pesquisa da religião. Juiz de Fora, v.8, n.2, p.79-103.

SILVA, Sergio Baptista da. **Etnoarqueologia dos Grafismos Kaingang: um modelo para a compreensão das sociedades Proto-Jê meridionais.** São Paulo, 2002. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-17122001-005542/publico/_tese.pdf>.

TOMMASINO, Kimiye. 2001. **Povos Indígenas no Brasil.** Disponível em: <http://https://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaingang/286>. Acesso em: 29 de maio de 2022.

CAPÍTULO 3

ACESSO DA POPULAÇÃO RURAL AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022.

Carmem Layana Jadischke Bandeira
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/1350150407448918

Francieli Franco Soster
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/7898239322865202

Juliana Portela de Oliveira
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/9431717450923962

Silvana Teresa Neitzke Wollmann
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/0130272542838384

Andressa da Silveira
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/5054903220250339

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8503234995266686

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/8557033172028151

RESUMO: O estudo tem como objetivo refletir acerca do acesso da população rural aos serviços da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma reflexão teórica, fundamentada em estudos provenientes das bases de dados National Library of Medicine (PubMed), e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os dados foram analisados a partir da leitura dos textos, interpretados por uma abordagem qualitativa. Os resultados mostram que as populações rurais vivenciam dificuldades de acesso aos serviços de APS, tais como: distanciamento geográfico de suas residências às unidades de saúde da família, falta de veículo privado e público para transporte e fragilidade de vínculo com as equipes pela alta rotatividade dos profissionais. Quando acessam os serviços esses são para tratamento de adoecimentos. Em alguns casos, os serviços disponibilizados estão em centros urbanos, quando no rural, apresentam instalações inadequadas, poucos insumos, e profissionais, somando-se a isso às precárias condições econômicas, de educação, de trabalho e agravos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde.

População Rural. Acesso aos Serviços de Saúde.

ACCESS OF THE RURAL POPULATION TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

ABSTRACT: The study aims to reflect on the access of the rural population to Primary Health Care services. This is a theoretical reflection, based on studies from the National Library of Medicine (PubMed) and Virtual Health Library (VHL). The data were analyzed from the reading of the texts, interpreted by a qualitative approach. The results show that rural populations experience difficulties in accessing PHC services, such as: geographical distance from their homes to family health units, lack of private and public vehicles for transport and fragility of bond with the teams due to the high turnover of workers. professionals. When they access the services, these are for the treatment of illnesses. In some cases, the services available are in urban centers, while in rural areas, they have inadequate facilities, few inputs, and professionals, adding to this precarious economic, educational, work and health conditions.
KEYWORDS: Primary Health Care. Rural Population. Health Services Accessibility.

1 I INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é público e gratuito no Brasil desde a Constituição de 1988. O direito à saúde, todavia, persiste como reivindicação e luta permanente pelas populações rurais, as quais incluem camponeses, agricultores pequenos, assentados, entre outros (SANTANA *et al.*, 2017).

Contudo, ainda existem desigualdades territoriais no que diz respeito à distribuição na prestação dos serviços de saúde, que tendem a ser mais abrangentes na área urbana, de forma que esse contexto dificulta consideravelmente, o monitoramento das condições de saúde na área rural (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

As contradições no rural produzidas pelo capitalismo, tais como a modernização conservadora da agricultura (caracterizado por concentração de terras, expansão de monocultivos, o uso intensivo de equipamentos e o modelo produtivo químico-dependente de agrotóxicos e fertilizantes sintéticos), geraram pobreza e disparidades sociais, contribuindo para as iniquidades em saúde· Ademais, a falta de políticas públicas no rural intensificou a necessidade organizativa para reivindicar direitos (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019).

Diante das dificuldades encontradas para o acompanhamento de saúde da população rural, associado às baixas condições de renda, moradia e saneamento básico, a ampliação de ações de saúde tornam-se necessárias, uma vez que esses fatores comprometem a qualidade de vida dos indivíduos, tornando-os mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças e agravos, decorrentes das condições socioambientais vivenciadas (ARRUDA;

MAIA; ALVES, 2018).

O documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, define que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Nesse sentido, a literatura científica corrobora neste sentido e reforça sobre a necessidade de compreender que existem fatores que se relacionam e produzem a determinação social da vida, tendo em sua essência os modos de produção da sociedade, como forma de organizar os aglomerados humanos, interferindo no adoecimento das pessoas em seus territórios (PETTRES; ROS, 2018).

No entanto, em consonância com a legislação, no campo da saúde, as populações rurais vivenciam, cotidianamente, desafios e obstáculos para acessarem os serviços de saúde, proporcionalmente mais complexos, se comparadas às urbanas. Assim, a vida no rural está associada a menores possibilidades efetivas de emprego, de educação para os filhos, de acesso aos bens e serviços básicos, falta de meios de transportes para chegar até os serviços de atendimento e/ou ausência de recursos financeiros para pagar transportes coletivos, o que influencia diretamente na saúde dessa população (WANDERER, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) atua na promoção e prevenção das ações em saúde, isto é, na recuperação e reabilitação de enfermidades e agravos, além da conservação da saúde dos indivíduos de áreas rurais. Destaca-se ainda, a atuação, de excelência, dos profissionais da ESF no ambiente rural, é imprescindível a avaliação dos determinantes culturais, tais como, costumes, tradições e valores, a fim de que o reconhecimento de suas percepções, criem condições adequadas para a expansão dos atendimentos, assim como, o acesso à saúde de qualidade à pessoas que vivem no âmbito rural (SILVA *et al.,* 2018).

Desse modo, torna-se necessário discutir acerca das ações desenvolvidas em âmbito nacional, que garantam o empoderamento e autonomia das pessoas e das coletividades para o alcance de melhores condições de vida e saúde em áreas rurais. Assim, refletir acerca do contexto torna-se estratégico para a transformação da realidade, explicitada pelo conhecimento das dificuldades vivenciadas pela população rural para acessar os serviços da APS. Para tanto, é necessário enfrentar as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis existentes na sociedade brasileira.

Dentro desta perspectiva, este estudo objetiva refletir acerca do acesso da população rural aos serviços da Atenção Primária à Saúde.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica, fundamentada em estudos provenientes das bases de dados National Library of Medicine (PubMed), mediante os descritores indexados no Medical Subject Headings (MESH) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles "População Rural" AND "Vulnerabilidade em Saúde" AND "Acesso aos Serviços de Saúde" AND "Atenção Primária à Saúde".

Como critérios de inclusão, definiu-se que seriam selecionados artigos primários, nos idiomas português, inglês e espanhol, com espaço temporal de cinco anos, de 2017 a 2022. Os critérios de exclusão corresponderam a trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações, teses, e estudos de revisão. Os dados foram analisados a partir da leitura do texto completo, sendo interpretados por uma abordagem qualitativa e com análise crítica, sendo apresentados por meio de uma categoria.

3 | RESULTADOS

Dificuldades de acesso das populações rurais aos serviços de APS

A APS, sendo representada pela ESF, se configura como o contato mais próximo da população com serviços de saúde, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção, considerando a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2017).

Desse modo, é possível produzir a atenção integral aos indivíduos, mediante a incorporação das ações de vigilância em saúde, o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção e promoção da saúde da população, bem como pela prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças. Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais podem ser abordados na APS (BRASIL, 2017).

Dessa forma, as ESF localizadas no meio rural, necessitam de uma articulação de saberes e experiências, em diálogo com a participação comunitária, respeitando suas identidades, culturas e fortalecendo os atores sociais que realizam cuidados no território (COSTA *et al.*, 2019).

Se aproximando do rural, a ESF está localizada na maioria das vezes nas sedes dos

municípios, distantes das residências e do meio em que o usuário pertence. Já nos locais onde têm-se as descentralizações e a equipe pode se deslocar para o atendimento em áreas distantes, principalmente as rurais, isso faz com que os desafios diários enfrentados pelos profissionais frente o ingresso dessa população aos serviços de saúde, seja uma barreira a ser superada. Diante a essas dificuldades no acesso à saúde de forma equitativa a população rural, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), torna-se um importante elo entre a equipe e a população, por meio das visitas realizadas as famílias, a fim de fortalecer o vínculo entre usuário e ESF.

Entretanto, de acordo com Garnelo e colaboradores (2018), grande parte dos profissionais de saúde atuantes em área rural, não possuem acesso a veículos para a realização de visitas domiciliares, fato este que fragiliza a relação de comunicação entre profissional-paciente, bem como dificulta o desenvolvimento de ações destinadas à promoção e recuperação da saúde.

A atenção à saúde realizada pela ESF no rural ainda encontra dificuldades no que se refere promoção de saúde e prevenção de doenças, centrando suas ações no atendimento individual curativo e focado na doença. Aliado a isso, encontra-se a alta rotatividade profissional, a qual fragiliza o vínculo e a longitudinalidade do cuidado e compromete a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência (COSTA *et al.,* 2019).

Além disso, existem situações que se caracterizam como entraves para a população rural buscar os serviços de saúde, uma vez que cerca de 22,9% das equipes encarregadas a atender as populações rurais, estão localizadas e atuam em espaço urbano, adicionando limitações e dificuldade de acolhimento a demandas espontâneas, agendamento de consultas e transporte para atendimento, contribuindo para essa população buscar o serviço apenas quando existe algum problema de saúde instalado (GARNELO *et al*, 2018).

No entanto, a APS apresenta-se em diferentes cenários e realidades nas regiões e municípios brasileiros. Considerando o rural, em que o acesso a ESF está permeado pelos grandes distanciamentos geográficos, ao visualizarmos os usuários inseridos no contexto da ruralidade, desperta-se para algumas situações diferentes das vivenciadas na área urbana, como longos percursos de estradas de chão batido, dificuldade de fixação de profissionais médicos nas equipes, falta de insumos, equipamentos e estruturas adequadas, fatores estes que atuam como barreiras na produção do cuidado (FAUSTO *et al.,* 2022).

Corroborando a isso, no contexto internacional a atenção à saúde a populações residentes na zona rural de Bangladesh, Sri Lanka e Paquistão apresentam convergências quanto a dificuldades a acessibilidade aos serviços devido longas distâncias para deslocamento, instalações inadequadas, escassez de suprimentos medicamentosos,

sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes nestas equipes que geram longos períodos de espera por atendimento e altos custos para acessar aos serviços e aderir o tratamento (LEGIDO-QUIGLEY *et al.,* 2019).

Ademais, os desafios da APS no rural, relacionam-se ao financiamento e barreiras de acesso geográfico e irregularidade dos transportes, já que interferem diretamente no desenvolvimento da atenção à saúde a estas populações (FAUSTO *et al.,* 2022).

A modelagem de acessibilidade geográfica dos usuários de um Distrito rural de Madagascar ao atendimento da APS, traçou rotas que apresentaram percursos de uma a cinco horas de distância, do local de atendimento em saúde, demonstrando a vulnerabilidade e a ausência de uma cobertura universal de saúde nas áreas rurais (IHANTAMALALA *et al.,* 2020).

As vulnerabilidades da ruralidade tornam-se mais evidentes e impactantes em famílias que apresentam condições financeiras prejudicadas, onde o principal aporte financeiro familiar provém de benefícios de programas sociais, os quais dependem exclusivamente da atenção à saúde, ofertadas pelo SUS. Neste sentido, as fragilidades na saúde da população rural são sentidas pelas equipes de APS, que possuem uma necessidade diferenciada de atenção à saúde com as particularidades de seu meio onde estão inseridos, com patologias relacionadas muitas vezes as condições do tipo de trabalho agrícola e a falta do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como também, aos entraves da acessibilidade deficitária, aonde o sinal telefônico, internet, estradas, intemperes climáticos interferem diretamente na atuação diária a este público (PETERS *et al.,* 2019).

Ademais, com relação a saúde, o fato de residir no meio rural, é apontado como uma barreira ao acesso a exames citopatológicos, seja pela falta de insumos necessários para a coleta do material para a análise, seja pelas dificuldades da população em acessar os serviços, o que potencializa tais dificuldades (FERNANDES *et al.,* 2019).

Para representar as dificuldades enfrentadas pelas populações rurais em acessar os serviços de APS, desenvolveu-se a nuvem de palavras que representa os resultados encontrados (Figura 1).

Figura 1: Nuvem de palavras acerca das dificuldades enfrentadas pelas populações rurais em acessar os serviços de APS

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Ressalta-se a imprescindibilidade de direcionar ações e iniciativas que reconheçam as especificidades desses territórios, objetivando o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos decorrentes dos processos de trabalho, a melhoria dos indicadores e da qualidade de vida, aproximando essas populações da integralidade do cuidado (BORTH *et al.*, 2018).

Como estratégia de redução do distanciamento dos moradores das comunidades rurais ao atendimento aos sistemas de saúde das cidades na África Subsaariana, a posse de bicicletas é utilizada como ferramenta para reduzir as barreiras de acesso entre a população mais carente, onde existe falta de equidade nos cuidados a saúde (DOWHANIUK, 2021).

Ao visualizarmos todas as particularidades da população inserida no contexto rural para acessar os serviços de saúde, cabe aos municípios alavancar estratégias que aproximem os usuários as APS de acordo a realidade de cada local, como transporte público, descentralização dos serviços com as estruturas nas sedes das comunidades rurais, utilização de Unidades Móveis e Fluviais, veículo para o desenvolvimento do trabalho a campo, redes de serviços de telefonia e internet com comunicação efetiva entre profissionais e comunidade, manutenção das estradas de chão batido, bem como, flexibilidade de horários disponibilizados aos usuários nas ESFs (COSTA *et al.,* 2019).

O viver na ruralidade em toda sua plenitude, apresenta espaços em que as famílias se identificam de gerações em gerações a estes locais, como uma oportunidade de trabalho e renda, moradia em ambiente calmo, proximidade a natureza, e produção de alimentos. Em contraponto, ao necessitar de aporte de serviços de saúde no rural, a acessibilidade a APS por meio das equipes de ESF, inúmeras são as dificuldades enfrentadas, que dependem do olhar de políticas públicas adequadas a realidade destes cenários.

4 I DISCUSSÃO

A APS vem sendo construída ao longo do tempo por meio de conceitos e práticas abrangentes, a fim de atender às diversas demandas de saúde da população, utilizando-se de um conjunto de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, tendo como foco a promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como a coordenação de cuidados com os demais níveis de atenção (SANTOS, 2019).

No ano de 1978, ocorreu na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como produto a “Declaração de Alma Ata”, documento síntese desta conferência, no qual modifica a concepção sobre APS, definindo a atenção primária como estratégia a ser ofertada aos cidadãos, a fim de suprir as demandas de saúde de cada indivíduo, mediante ao auxílio de ações intersetoriais, tendo como base de ação o estímulo à participação popular (BIRN; KREMENTSOV, 2018).

Nesse sentido, a Conferência de Alma-Ata, afasta o modelo biomédico e reconhece a saúde como direito do ser humano, com vista a fomentar a participação dos indivíduos no seu cuidado (FERREIRA *et al.,* 2020).

No Brasil, o fortalecimento e estruturação da APS, inicialmente discutida em 1978, ocorreu no ano de 2006, onde o Ministério Público instaurou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual posteriormente passou por reformulações no ano de 2011 e 2017,

e que de forma resumida e simplificada, define como responsabilidade das três esferas de governo o apoio e estímulo a adesão às ESF, como a principal porta de acesso do cidadão aos serviços de saúde ofertados pelo SUS (FERREIRA *et al.,* 2018; BRASIL, 2012).

Em vista disso, a PNAB, possui como princípios norteadores do desenvolvimento de suas ações de saúde a equidade, universalidade e integralidade, os quais buscam garantir o acesso aos serviços de saúde de maneira facilitada, a fim de garantir a execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, tendo como base a preservação e incentivo a autonomia do indivíduo, de forma equitativa considerando as diferenças nas condições de vida e saúde de cada comunidade (BRASIL, 2012).

Entretanto, no âmbito da ruralidade, a população enfrenta algumas barreiras no acesso aos serviços de saúde, em decorrência da dificuldade de locomoção, devido às más condições das estradas, e em alguns casos devido a elevada distância entre a ESF e sua residência, por consequência se faz necessário uma adequação do cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde neste espaço, considerando a dinâmica que o mesmo apresenta, bem como seus elementos culturais e econômicos, fatores esses, que exercem influência na condição de saúde desta população (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Nessa perspectiva, o acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento econômico (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Sendo assim, o acesso aos serviços e cuidados de saúde é garantido por meio do princípio da universalidade, disposto no SUS, porém, muitas vezes esse direito é negligenciado, principalmente, a que diz respeito às pessoas que residem no meio rural (GARNELO *et al.,* 2018).

Ademais, o conceito de "acesso" é complexo, não havendo uma definição exata para tal, podendo haver diversas interpretações, as quais, majoritariamente estão associadas ao desempenho dos sistemas de saúde quanto a sua capacidade de oferta (FERREIRA *et al.,* 2020). Desse modo, o acesso não é apenas a entrada dos usuários nos serviços, mas sim, mediado pelo profissional de saúde através da sua atuação acolhedora e pelo vínculo que é construído na intersubjetividade (FERNANDES *et al.,* 2019).

Para além disso, as desigualdades regionais existentes relacionadas às condições de vida e oferta dos serviços de saúde, associada à alta concentração de profissionais e ações de saúde focados no meio urbano, acaba por penalizar fortemente o meio rural, mediante a falta de profissionais, bem como a precariedade ou inexistência de unidades de saúde físicas, fatos esses que prejudicam a existência da APS no meio rural, como também atuam como barreiras no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção

de agravos para este público (GARNELO *et al.,* 2018; FERREIRA *et al.,* 2020).

Dessa forma, percebe-se os territórios rurais brasileiros como ambientes complexos e singulares, fazendo com que a diversidade presente nestes territórios exerça influência nas condições de acesso aos serviços básicos essenciais a manutenção da vida como a educação, segurança, moradia e saúde, de modo que essa população se encontra suscetível a algumas dificuldades e vulnerabilidades (SOARES *et al.,* 2021).

Nesse aspecto, ao refletir sobre vulnerabilidades, ocorre a associação do termo desigualdade, destacando-se nesse âmbito, o cenário rural como um espaço que sofre com o descaso, principalmente em termos de garantia de direitos. Existem diversas tentativas de diminuir as iniquidades existentes entre meio urbano e rural, porém, grande parte do meio rural permanece com elevados índices de desigualdades, principalmente no que diz respeito ao acesso e organização dos serviços de saúde nestes ambientes (SOUSA *et al.,* 2020).

Com relação a superação dos problemas enfrentados pela população rural, relacionado ao acesso aos serviços de saúde, destaca-se o papel do ACS, o qual é primordial frente a identificação das demandas da população, bem como na manutenção do vínculo entre serviço e indivíduo (SOARES *et al.,* 2020). Entretanto, de acordo com Soares, Bezerra e Sá (2021), a população rural relata baixa frequência de visitação do ACS ou mesmo a ausência deste profissional no território, sendo esse um fator negativo com relação ao desenvolvimento do cuidado de forma efetiva e resolutiva.

Além disso, os profissionais de saúde da ESF rural, também enfrentam algumas dificuldades no deslocamento para a realização de visitas domiciliares e acompanhamentos, em decorrência da falta de veículos para que os profissionais possam chegar até a população, tornando necessária a adaptação desses trabalhadores frente ao problema vivenciado, por meio de ações que busquem amenizar os impactos do distanciamento geográfico e da falta de recursos econômicos para o transporte/deslocamento (SOARES; BEZERRA; SÁ, 2021).

Deste modo, destaca-se que é necessário fortalecer a rede de cuidados, adequar a infraestrutura das unidades básicas e aumentar o quadro de profissionais, a fim de, suprir as necessidades existentes no meio rural, atentando, principalmente, para o perfil da população que mora no meio rural e as demandas pertinentes e existentes neste contexto.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa reflexão revelam, que as pessoas que vivem em contexto rural experienciam dificuldades em acessar os serviços de APS, seja pelo distanciamento

geográfico, pelas barreiras de acesso à saúde e/ou pela alta rotatividade dos profissionais que atendem essa população, gerando assim fragilidade no vínculo e dificuldade em realizar promoção de saúde e prevenção de doenças. Ademais, grande parte dos serviços estão centralizados no meio urbano, tendo como principal foco o modelo biomédico, fato esse que associado à ausência e/ou irregularidade de transportes rurais, instalações inadequadas, vulnerabilidades vivenciadas neste ambiente ou pelas dificuldades financeiras, afeta diretamente a saúde da população rural.

Diante do exposto, percebe-se necessidade de mudanças e desenvolvimento de ações que considerem as características da população rural, para que possam acessar os serviços de APS na perspectiva da integralidade, universalidade e equidade e, assim atendendo aos princípios do SUS. A partir dessas assertivas, acredita-se que esse estudo contribuiu para a reflexão dos desafios do acesso das populações rurais à APS e, com isso instiga novas pesquisas na temática que devem ser exploradas.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L.C. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816. Acesso em: 29 jun.2022.

BIRN, A. E.; KREMENTSOV, N. **'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference.** BMJ Glob Health. V. 3, Suppl. 3. 2018. Disponível em: 10.1136/bmjgh-2018-000992. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: capa_pnab.indd. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria n°2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

CELLA, D.; QUEDA, O.; FERRANTE, V. L. S B. **A definição do espaço rural como local para o desenvolvimento territorial.** Revista Retratos de Assentamentos. v. 22, n.1, 2019. Disponível em:10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/%Y.v%vi%i.333. Acesso em: 29 jun. 2022.

COSTA, L. A. *et al*. **Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará**. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe8, p. 36-49. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S803. Acesso em: 29 jun. de 2022.

DOWHANIUK, N. **Exploring country-wide equitable government health care facility access in Uganda**. Int J Equity Health, v. 20, n. 1, 2021. Disponível em: 10.1186/s12939-020-01371-5. Acesso em: 15 jun. 2022.

FAUSTO, M. C. R. *et al*. **Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, v.

27, n. 04, p. 1605-1618, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021. Acesso em: 15 jun. 2022.

FERNANDES, N. F. S. *et al*. **Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis**. Caderno de Saúde Pública, v. 35, n. 10, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00234618. Acesso em: 15 jun. 2022.

FERREIRA, L. S. *et al*. **Access to Primary Health Care by older adults from rural areas in Southern Brazil.** Revista de Saúde Pública, v. 54, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316. Acesso em: 15 jun. 2022.

GARNELO, L. *et al*. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**. Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 81-99, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106. Acesso em: 15 jun. 2022.

IHANTAMALALA, F. A. *et al***. Improving geographical accessibility modeling for operational use by local health actors.** International journal of health geographics, v. 19, n. 1, 2020. Disponível em: 10.1186/s12942-020-00220-6. Acesso em: 15 jun. 2022.

LEGIDO-QUIGLEY, H. *et al*. **Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study.** PloS One, v. 14, n.1, 2019. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0211100. Acesso em: 15 jun. 2022.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. **Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?.** Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 302-314, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120. Acesso em: 21 jun. 2022.

PETERS, C. W. *et al*. **Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde do idoso da zona rural.** Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1465-1474, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238442. Acesso em: 29 jun. 2022.

SANTANA, E. A., *et al.* organizadores. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em rede**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2017. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 8, p. 3335-3337. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.26042019. Acesso em: 29 jun.2022.

SANTOS, W. **A complexidade da Atenção Psicossocial na Atenção Primária à Saúde**: **experiências formativas**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, *[S. l.]*, v. 8, n. 1, p. 28–40, 2019. Disponível em: https://www.journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2074. Acesso em: 19 jun. 2022.

SILVA, D. R.; FERREIRA, S. A. M.; OLIVEIRA, P. A. P.; SILVA, A. C. B. **Experiência de cárie e fatores associados entre escolares das zonas urbana e rural**: **um estudo piloto.** Archives Of Health Investigation, *[S. l.]*, v. 7, n. 9, 2018. Disponível em: https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/3134. Acesso em: 29 jun. 2022.

SOARES, J. R. H. S. *et al*. **O acesso à saúde pública pelas populações rurais do agreste pernambucano.** Anais do XIV Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia-ENANPEGE. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: https://editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/77894. Acesso em: 21 jun. 2022.

WANDERER, A. **Violência intrafamiliar contra pessoas com deficiência**: discutindo vulnerabilidade, exclusão social e as contribuições da psicologia. 2012. 171 p. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

CAPÍTULO 4

ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Fernanda Honnef
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-1866-1611

Jaqueline Arboit
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6610-5900

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-9204-3213

Carmem Layana Jadischke Bandeira
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-0095-7975

Maiara Florencio Loronha
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-8508-4324

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6880-7463

Alice do Carmo Jahn
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-7672-4721

RESUMO: **Objetivo:** Sumarizar as evidências científicas nacionais acerca da atenção à saúde de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura desenvolvida em três bases de dados em julho de 2022. Foram incluídos onze artigos oriundos de pesquisa original, disponíveis online, em português, publicados nos últimos quatro anos e que respondessem à questão de revisão. **Resultados:** As evidências destacam que a identificação das situações de violência contra as mulheres ocorre por meio de estratégias como anamnese, exame físico, escuta ativa, diálogo, acolhimento e vínculo. Os profissionais que se destacam na identificação e acolhimento destas mulheres na APS são o enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde. O despreparo dos profissionais para atuar junto as mulheres vítimas de violência revela falta de conhecimento devido a fragilidades no processo de formação na graduação e ausência de educação continuada. Além disso, as evidências apontam a desestruturação da rede e falta de fluxos intersetoriais. **Conclusão:** Faz-se necessário que a atenção as mulheres que vivenciam situações de violência pelos profissionais e serviços da APS seja desenvolvida com sensibilidade, conhecimento e humanização a fim de que estas mulheres se sintam acolhidas e apoiadas para o enfrentamento da violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a Mulher. Atenção Primária à Saúde. Prática Clínica Baseada em Evidências. Revisão.

ATTENTION TO WOMEN IN SITUATIONS OF VIOLENCE IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT: Objective: To summarize the national scientific evidence about the health care of women in situations of violence in Primary Health Care. **Methods:** Integrative literature review developed in three databases in July 2022. Eleven articles from original research, available online, in Portuguese, published in the last four years and answering the review question were included. **Results:** The evidence highlights that the identification of situations of violence against women occurs through strategies such as anamnesis, physical examination, active listening, dialogue, reception, and bonding. The professionals who stand out in the identification and reception of these women in the PHC are the nurse and the Community Health Agent. The unpreparedness of professionals to work with women victims of violence reveals a lack of knowledge due to weaknesses in the training process at graduation and lack of continuing education. In addition, evidence points to the disruption of the network and lack of intersectoral flows. **Conclusion:** It is necessary that the attention to women who experience situations of violence by PHC professionals and services be developed with sensitivity, knowledge and humanization so that these women feel welcomed and supported to face violence.
KEYWORDS: Violence against Women. Primary Health Care. Evidence-Based Practice. Review.

1 I INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um problema mundial de saúde pública e de violação dos direitos humanos (JOVANOVIĆ et al., 2020). Diz respeito a qualquer conduta ancorada no gênero, que acarrete morte, agravo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico as mulheres, seja na esfera pública ou privada (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994).

Estima-se que 30% das mulheres em todo o mundo já vivenciaram alguma situação de violência física ou sexual em algum momento da sua vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, estudo que estimou a prevalência e fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo, entre as usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS) evidenciou que as prevalências de violência, ao longo da vida, foram: psicológica (57,6%); física (39,3%) e sexual (18,0%) (SANTOS et al., 2020).

A violência contra a mulher, especialmente aquela perpetrada pelo parceiro íntimo está diretamente associada a fatores como baixo grau de instrução, baixa renda e dependência financeira, impactando na saúde dessas mulheres, que, em muitos casos, desenvolvem sintomas físicos ou psicológicos, demandando atendimentos em serviços de saúde (ROSA et al., 2018).

Neste contexto, os profissionais da APS encontram-se em posição privilegiada para desenvolver ações visando a prevenção, identificação, notificação, assistência às

mulheres vítimas e coordenação do cuidado (SILVA et al., 2022). Nos serviços da APS, os profissionais realizam o acolhimento inicial das mulheres em situação de violência, orientações e encaminhamentos para outros profissionais da rede de atenção como assistente social, médico clínico geral, ginecologista e psicólogo (ARBOIT et al., 2017).

Apesar do relevante papel dos profissionais que atuam na APS frente a problemática, existem evidências de que estes percebem a violência contra a mulher como restrita a agravos de natureza física, além de culpabilizarem a mulher pela situação vivenciada, fragilizando a atenção e tornando-a vulnerável a perpetuação da exposição a violência (SILVA et al., 2022).

Diante do exposto, esta revisão tem como objetivo sumarizar as evidências científicas nacionais acerca da atenção à saúde de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde. Parte-se do pressuposto que tais evidências podem contribuir para a visibilidade desta problemática, bem como para a reorganização e qualificação das práticas profissionais nesse cenário de atenção à saúde, refletindo positivamente na saúde das mulheres em situação de violência que buscam atendimento.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, o qual tem como objetivo agregar e sintetizar resultados de pesquisas acerca de tema ou questão específica de modo ordenado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a operacionalização desta revisão, foram seguidas as etapas descritas a seguir (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008):

> Primeira etapa: Identificação do tema da revisão, mediante a sua importância para a Saúde: atenção à saúde de mulheres em situação de violência; e definição da questão de revisão: Quais as evidências científicas nacionais acerca da atenção à saúde de mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde?

Destaca-se que a construção da questão de revisão se deu por meio do emprego da estratégia PICo - Mulheres em situação de violência (P - População); Atenção à saúde (I – Fenômeno de Interesse); Atenção Primária à Saúde (Co – Contexto), assim como demonstra o Quadro 1.

População (P)	Fenômeno de interesse (I)	Contexto (Co)
Mulheres em situação de violência	Atenção à saúde	Atenção Primária à Saúde

Quadro 1 - Elementos de elaboração da questão de revisão, segundo a estratégia PICo. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2022.

Fonte: Autoras

Segunda etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão: ser artigo original, disponível online, em português, publicado nos últimos quatro anos (2018, 2019, 2020 e 2021), e que respondesse à questão de revisão.

Terceira etapa: Definição das informações a serem extraídas dos artigos/ categorização, a qual foi realizada por meio de uma ficha documental (quadro) constituída das variáveis: título, objetivo do estudo; ano de publicação; procedência; delineamento do estudo (abordagem metodológica, participantes e cenário); e principais resultados, com base na questão de revisão.

Quarta etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão: apreciação crítica dos estudos selecionados. Os artigos foram classificados hierarquicamente quanto ao nível de evidência de acordo com os sete níveis propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005): Nível I - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II -evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Quinta etapa: Interpretação dos resultados;

Sexta etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

O levantamento dos estudos foi realizado no mês de julho de 2022 nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (Medline) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para tanto, foi realizado o mapeamento de descritores controlados (Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings), os quais foram combinados com operadores booleanos (AND e OR) para a constituição da estratégia de busca: (“violência contra a mulher” OR “violence against women” OR “violencia contra la mujer” OR “violência doméstica” OR “domestic violence” OR “violência de gênero” OR “gender-based violence” OR “violência por parceiro íntimo” OR “intimate partner violence” OR “violencia de pareja”) AND (“atenção à saúde” OR “delivery of health care” OR “atenção a la salud” OR “assistência à saúde” OR “health care” OR “atención de salud”) AND (“atenção primária à saúde” OR “primary health care” OR “atención primaria de salud” OR “atenção básica”).

A busca e seleção dos estudos foi desenvolvida por duas pesquisadoras de modo independente, para garantia do rigor metodológico. Quanto aos aspectos éticos, foram respeitadas as ideias e definições dos autores dos estudos incluídos no *corpus*.

3 I RESULTADOS

Na busca nas bases de dados, foram encontradas inicialmente 712 produções. Após a remoção das duplicações, permaneceram 694 produções. Dessas, 128 foram excluídas por não serem artigos oriundos de pesquisa original, 49 por não serem artigos e 482 por não serem da temática. Na sequência, 35 artigos foram acessados para leitura na íntegra e avaliação da elegibilidade, dos quais 11 respondiam à questão de revisão e, compuseram o *corpus* do estudo. A Figura 1 descreve o percurso para a seleção dos artigos.

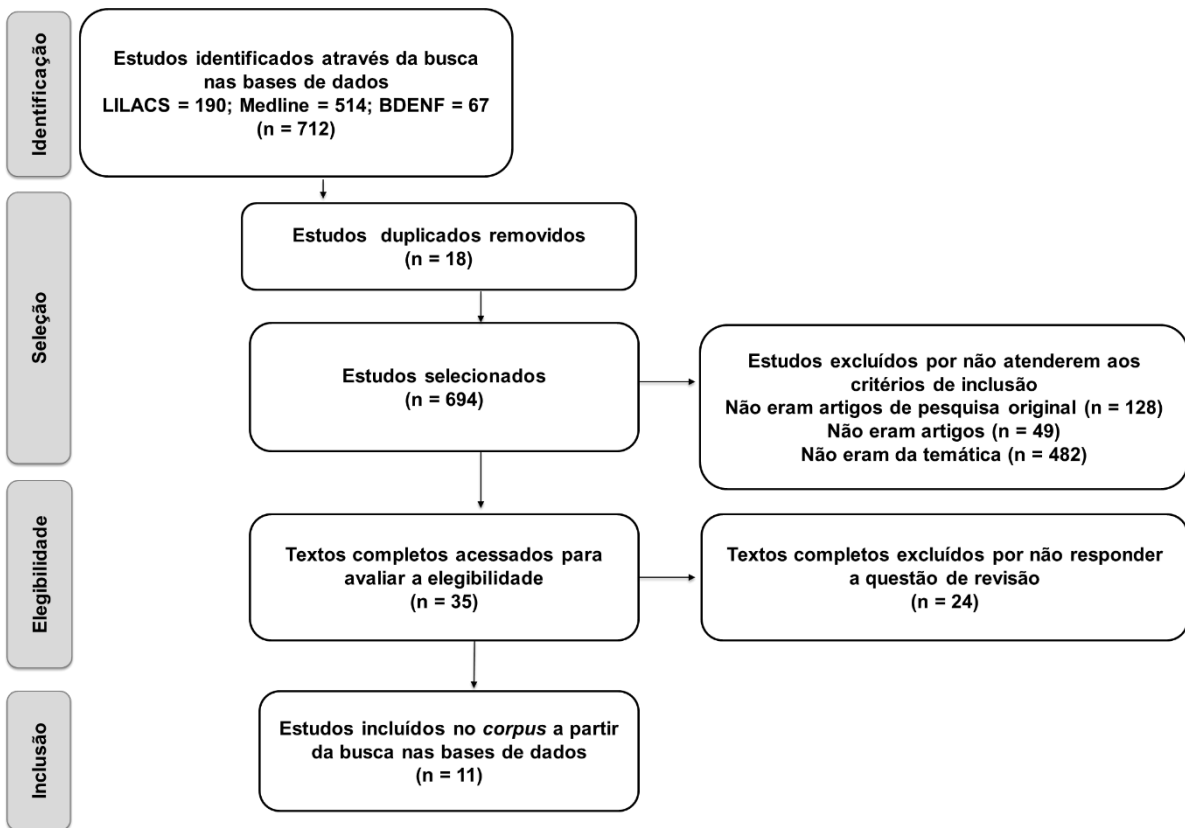



Figura 1 – Fluxograma da seleção artigos da revisão integrativa. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2022.

Fonte: Autoras

O Quadro 2 apresenta as características dos artigos incluídos na revisão quanto ao objetivo, delineamento do estudo e nível de evidência.

Objetivo	Delineamento (Abordagem, participantes e cenário)	Nível de Evidência
Compreender como é prestada a assistência à mulher vítima de violência, pelas enfermeiras na APS (SANTOS et.al, 2018)	A: Qualitativa P: 11 enfermeiras C: Rede de Atenção Primária	Nível VI
Analisar a assimilação teórica e prática acerca da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de enfermagem, considerando o atendimento às vítimas em unidade de saúde da família (AMARIJO et al., 2018)	A: Qualitativa P: 25 Profissionais de enfermagem C: USF	Nível VI
Conhecer a atuação da enfermeira nas Estratégias Saúde da Família frente à violência contra as mulheres (SEHNEM et al., 2019)	A: Qualitativa P: 11 enfermeiras C: ESF	Nível VI
Contribuir para compreender as dificuldades subjetivas de notificar a violência doméstica contra a mulher por profissionais da APS no Brasil (LEITE; FONTANELLA, 2019)	A: Qualitativa P: 14 profissionais de saúde C: APS	Nível VI
Identificar os principais desafios no atendimento dos casos de violência doméstica contra a mulher em um município Matogrossense (NASCIMENTO et al., 2019)	A: Qualitativa P: 7 enfermeiros C: ESF	Nível VI
Compreender a experiência das mulheres em situação de violência íntima e suas expectativas no contexto do cuidado ofertado pelos serviços de saúde de APS do município do Rio de Janeiro (RJ) (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020)	A: Qualitativa P: 21 mulheres C: USF	Nível VI
Compreender como os enfermeiros que atuam na APS identificam a violência contra as mulheres e descrever a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres (SILVA; RIBEIRO, 2020)	A: Qualitativa P: 10 enfermeiras C: APS	Nível VI
Conhecer as potencialidades e limites para a identificação de situações de violência contra as mulheres por profissionais da APS (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA,2020)	A: Qualitativa P: 21 profissionais de saúde C: ESF e UBS	Nível VI
Analisar a abordagem de profissionais de saúde na identificação da violência doméstica às mulheres e a sua percepção sobre os casos durante a pandemia da Covid-19 em Centros de Saúde da Família (ODORCIK et al., 2021)	A: Qualitativa P: 23 profissionais de saúde C: CSF	Nível VI
Revelar as percepções dos profissionais de saúde sobre os desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal (CARNEIRO et al., 2021a)	A: Qualitativa P: 31 profissionais de saúde nível superior C: USF e NASF	Nível VI
Conhecer as condições que interferem no cuidado à mulher em situação de violência conjugal (CARNEIRO et al., 2021b)	A: Qualitativa P: 31 profissionais C: ESF e NASF	Nível VI

Quadro 2 - Sumarização das características dos artigos incluídos na revisão. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2022.

Legenda: ESF: Estratégia de Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade da Saúde da Família; CSF: Centro de Saúde da Família. **Fonte:** Autoras

4 | DISCUSSÃO

Ao sumarizar as evidências científicas pôde-se identificar como ocorre a atenção à saúde de mulheres em situação de violência no contexto da APS, as potencialidades e limites desta atenção, bem como possíveis estratégias para superar estes limites. Também se evidenciou a importância da enfermagem durante a atenção as mulheres em situação de violência.

As evidências apontam que, geralmente, as mulheres não procuram os serviços de saúde especificamente para relatar a situação de violência vivenciada, mas buscam outros tipos de atendimentos ofertados pelo serviço (SANTOS et al., 2018). Diante disso, investigações apontam que uma das formas para a identificação da violência quando a mulher procura o serviço de saúde se trata da observação de lesões (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020) e hematomas no corpo da mulher (SANTOS et al., 2018; AMARIJO et al., 2018). Tais lesões são referidas pelas vítimas como acidentais; porém, localizam-se em locais que dificilmente as originariam (SANTOS et al., 2018). Neste sentido, o tipo de lesão acaba não correspondendo ao relato da mulher (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020), o que leva os profissionais a suspeitarem da vivência de situações de violência.

Neste sentido, durante os atendimentos as mulheres na APS, as principais estratégias empregadas pelos profissionais para a identificação das situações violência contra as mulheres consistem na anamnese e exame físico (SILVA; RIBEIRO, 2020), escuta ativa/qualificada (SEHNEM et al., 2019; SILVA; RIBEIRO, 2020; ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020; CARNEIRO et al., 2021b), diálogo (AMARIJO et al., 2018), acolhimento (SEHNEM et al., 2019; ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020) e vínculo (SEHNEM et al., 2019; ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; AMARIJO et al., 2018; CARNEIRO et al., 2021b).

Outras potencialidades para a identificação dos casos pelos profissionais na APS, consistem no relato espontâneo das mulheres e observação dos seus comportamentos pois a mulher muitas vezes apresenta-se chorosa e nervosa (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020; AMARIJO et al., 2018) e verbaliza pouco (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020). A experiência profissional e o relato de vizinhos ou filhos destas mulheres também contribui para esta identificação (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020). Na APS, alguns espaços são propícios para a identificação da violência como a visita domiciliar, consulta pré-natal (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020) e consulta de enfermagem (AMARIJO et al., 2018; SILVA; RIBEIRO, 2020).

Durante a realização do acolhimento as mulheres, estas devem receber orientações em relação aos seus direitos e também aos recursos que poderão utilizar no enfrentamento da situação de violência, devendo ser ofertado um cuidado integral a estas com base em

aspectos biopsicossociais (AMARIJO et al., 2018).

Os estudos enfatizam que na APS os profissionais que se destacam na identificação e acolhimento das mulheres que sofrem situações de violência são o enfermeiro (SANTOS et al., 2018; ODORCIK et al., 2021) e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (SANTOS et al.,2018; SILVA; RIBEIRO, 2020; NASCIMENTO et al., 2019).

O enfermeiro, de modo geral, é responsável por realizar a primeira abordagem as mulheres, encaminhando-as posteriormente ao atendimento de outros profissionais da unidade de saúde, como o médico (SANTOS et al., 2018), psicólogo e assistente social (SILVA; RIBEIRO, 2020). Sob essa perspectiva, os profissionais da enfermagem são considerados pela equipe como os responsáveis pelo acolhimento e notificação dos casos de violência contra a mulher (ODORCIK et al., 2021). Contudo, tais ações competem a qualquer profissional membro da equipe de saúde.

Em relação à atuação do ACS, estudos destacam que este profissional consegue identificar muitas situações de violência pelo fato de conviver com a mulher e a família e conhecer o contexto social vivido (NASCIMENTO et al., 2019; SILVA; RIBEIRO, 2020).

As evidências indicam outras condutas dos profissionais da APS como a realização da notificação compulsória, a partir da qual a violência é registrada no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAN (SEHNEM et al., 2019; SANTOS et al., 2018). No entanto, apesar de os profissionais compreenderem a relevância da notificação, evidências também assinalam a dificuldade de realizá-la pelo fato de algumas mulheres se recusarem a fornecer os dados necessários para tal (NASCIMENTO et al., 2019).

Embora a recomendação seja realizar a notificação dos casos de violência contra as mulheres, tanto nos casos suspeitos quanto nos casos confirmados de violência, uma investigação revela que alguns profissionais não notificam a violência nos casos suspeitos, o que contribui para a subnotificação deste agravo (SANTOS et al., 2018; SILVA; RIBEIRO, 2020).

Além disso, muitos profissionais têm dificuldades para compreender a diferença entre as notificações policiais (boletim de ocorrência) e as notificações epidemiológicas (notificação via SINAN) (LEITE; FONTANELLA, 2019). Diante disso, a capacitação dos profissionais para a notificação da violência seria fundamental (LEITE; FONTANELLA, 2019; ODORCIK et al., 2021), contribuindo para a geração de dados mais fidedignos em relação a esta problemática (ODORCIK et al., 2021).

As evidências ressaltam que a escuta qualificada e construção de vínculos entre profissional-usuária favorece o cuidado (CARNEIRO et al., 2021b). Nesta direção, ao buscar a APS e receber um cuidado adequado por profissionais capacitados, as mulheres sentem-

se apoiadas, seguras, empoderadas e fortalecidas para romper com o relacionamento abusivo (CARNEIRO et al., 2021a). Por outro lado, o cuidado inadequado, aliado ao despreparo dos profissionais para o enfrentamento da problemática, torna as mulheres vulneráveis para permanecerem no contexto de abuso no qual estão expostas a agressões recorrentes (CARNEIRO et al., 2021a).

Infelizmente, muitas vezes, a conduta das equipes de saúde da APS se limita ao encaminhamento das mulheres para serviços de referência, em detrimento de uma abordagem que possibilite o acolhimento destas (NASCIMENTO et al., 2019). Esse contexto remete a necessidade de capacitação e de um olhar sensível dos profissionais de saúde para abordar estas situações.

Investigação indica que o despreparo dos profissionais da APS para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência se alicerça no conhecimento insuficiente acerca das Normas Técnicas para a sistematização dos atendimentos das vítimas, refletindo em uma atenção fragilizada (SANTOS et al., 2018). Tal despreparo dos profissionais origina-se do processo de formação na graduação, visto que a violência se trata de uma temática pouco explorada na formação acadêmica (SEHNEM et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2019). Deste modo, é fundamental a sua incorporação na formação dos profissionais de saúde (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020; CARNEIRO et al., 2021b). Uma formação adequada seria fundamental para superar os julgamentos de alguns profissionais, tornando-os mais preparados para o cuidado (ODORCIK et al., 2021).

Ainda, as evidências indicam o reconhecimento dos profissionais acerca da relevância de capacitações da equipe sobre formas de identificação, abordagem e direcionamento das situações de violência contra as mulheres (SEHNEM et al., 2019; SILVA; RIBEIRO, 2020; ODORCIK et al., 2021; CARNEIRO et al., 2021b) que podem ser desenvolvidas por meio de educação continuada com vistas a um atendimento qualificado às mulheres vítimas de violência (SANTOS et al.,2018).

Em relação à rede de atenção intersetorial, evidências destacam a falta de estrutura e articulação desta para prover um cuidado qualificado e efetivo as mulheres que sofrem violência (SANTOS et al., 2018; SEHNEM et al., 2019), o que leva a descontinuidade do cuidado (SEHNEM et al., 2019). Para tanto, a existência de um fluxo de atendimento intersetorial seria essencial para o cuidado destas mulheres, favorecendo a interlocução entre os serviços desta rede (CARNEIRO et al., 2021b). Uma rede constituída por serviços articulados tende a favorecer uma atenção humanizada e resolutiva a estas mulheres (SEHNEM et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2019; CARNEIRO et al., 2021b).

Também, há necessidade de sensibilização dos profissionais da equipe da APS no

que tange aos diferentes pontos da rede que podem atuar no adequado acolhimento às mulheres (ODORCIK et al., 2021), para que possam realizar encaminhamentos adequados aos serviços que compõe a rede, diante da complexidade das situações identificadas.

Estudos apontam limites para a atenção das mulheres em situação de violência na APS, como a ausência de vínculo e de privacidade, além da rotatividade de profissionais, limitando a confiança das mulheres para o compartilhamento de suas vivências no tocante à violência, as quais não percebem as equipes da APS como espaços onde podem obter ajuda e apoio (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020).

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências sumarizadas por esta revisão integrativa no que tange a atenção a mulher em situação de violência na APS, destacam que a identificação desta violência ocorre por meio de estratégias como anamnese, exame físico, escuta ativa, diálogo, acolhimento e vínculo. Também consideram que alguns espaços são propícios para a identificação da violência como a visita domiciliar, consulta pré-natal e consulta de enfermagem. Em relação aos profissionais que se destacam na identificação e acolhimento das mulheres que sofrem violência na APS são referidos o enfermeiro e o ACS.

O despreparo dos profissionais para atuar junto as mulheres vítimas de violência indicado pelas evidências, revela a falta de conhecimento devido a fragilidades no processo de formação na graduação e ausência de educação continuada. Ainda, são apontados a desestruturação da rede e falta de fluxos intersetoriais. Estes elementos repercutem negativamente na atenção as mulheres na APS, dificultando com que esta consiga romper com o relacionamento abusivo.

Conclui-se que a atenção as mulheres que vivenciam situações de violência pelos profissionais e serviços da APS requer sensibilidade, conhecimento e humanização a fim de que estas mulheres se sintam acolhidas e apoiadas no processo de enfrentamento destas situações.

REFERÊNCIAS

AMARIJO, C.L. et al. Assimilating the theory and practice of domestic violence: nursing professionals providing Primary Care for victims. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, e33874, 2018. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.33874

ARBOIT, J. et al. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03207, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016113303207

ARBOIT, J; PADOIN, S.M.M; VIEIRA, L.B, Violence against women in Primary Health Care: potentialities and limitations to identification. **Atencion Primaria**, v. 52, n. 1, p. 14-21, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008

CARNEIRO, J.B. et al. Revealing outcomes of care for women in situations of domestic violence. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE001555, 2021a. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001555

CARNEIRO, J.B. et al. Conditions that interfere in the care of women in situation of conjugal violence. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, e20210020, 2021b. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0020

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. Organização dos Estados Americanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. Belém: Comissão Interamericana de Direitos Humanos; 1994.

ESPERANDIO, E.G.; MOURA, A.T.M.S.; FAVORETO, C.A.O. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, suppl. 1, e190707, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/Interface.190707

JOVANOVIĆ, V.M. et al., Health consequences of domestic violence against women in Serbia. **Vojnosanitetski Pregled**, v. 77, n. 1, p. 14-21, 2020. DOI: https://doi.org/10.2298/VSP171130054M

LEITE, A.C; FONTANELLA, B.J.B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidence-based practice**.In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.p.3-24.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

NASCIMENTO, V. F. et al. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, p, 15-22, 2019. Disponível em: < https://core.ac.uk/reader/235581660>. Acesso em: 20 mai. 2022

ODORCIK, B. et al. Violence against women: perception and professional approach in Primary Health Care during the Covid-19 pandemic. **Revista de Enfermagem da UFSM,** v. 11, e74, 2021. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769265865

ROSA, D.O.A. et al. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde debate**, v. 42, n. spe. 4, p. 67-80, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405

SANTOS, I.B. et al. Violence against women in life: study among Primary Care users. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1935-1946, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018

SANTOS, S.C. et al. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 359-368, 2018. DOI: https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p359-368

SEHNEM, G.D. et al. Violence against women: nurse practice in Primary Health Care. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, e 62, 2019. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769235061

SILVA, A.S.B. et al. Perceptions of primary health care workers regarding violence against women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, e20210097, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0097

SILVA, V.G.; RIBEIRO, P.M. Violence against women in the practice of nurses of Primary Health Care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** v. 24, n. 4, e20190371, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0371

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=F0B2F121FE991C1A6B0124218AC6686B?sequence=1>. Acesso em: 20 mai. 2022

CAPÍTULO 5

SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA VIVENCIADAS POR PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – RS
https://orcid.org/0000-0002-9204-3213

Fernanda Honnef
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – RS
https://orcid.org/0000-0002-1866-1611

Jaqueline Arboit
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – RS
https://orcid.org/0000-0002-6610-5900

Andressa de Andrade
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – RS
https://orcid.org/0000-0002-5977-409X

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – RS
https://orcid.org/0000-0002-6880-7463

Carmem Layana Jadischke Bandeira
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – RS
https://orcid.org/0000-0002-0095-7975

Alice do Carmo Jahn
Universidade Federal de Santa Maria Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul https://orcid.org/0000-0002-7672-4721

RESUMO: **Objetivo:** Analisar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das situações de violência vivenciadas por pessoas com deficiência. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura desenvolvida em quatro bases de dados em janeiro de 2020. Foram incluídos 23 artigos originais, publicados em inglês, português ou espanhol; no recorte temporal de 2007 a 2019, que responderam à pergunta de revisão. **Resultados:** Em relação às situações de violência destacaram-se a violência física e sexual como as principais violências vivenciadas por pessoas com deficiência sejam crianças, adolescentes, homens e mulheres adultos e idosos. Nos estudos que realizaram comparações entre a violência sofrida pessoas com e sem deficiência apontaram que aqueles que possuem algum tipo de deficiência têm relatado mais situações de violência do que seus pares sem deficiência. Com relação aos agressores as evidências sinalizaram algumas diferenças entre as populações. Crianças e adolescentes têm como principais perpetradores os responsáveis e familiares. A população adulta, tanto homens quanto mulheres, foram agredidas principalmente por parceiros íntimos. Os idosos, por sua vez, tiveram como principal agressor os seus filhos. **Conclusão:** Indica-se a necessidade de desenvolvimento de mais estudos do tipo coorte ou caso controle e revisões sistemáticas, bem como com a população de idosos com deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Pessoas com deficiência. Prática Clínica Baseada em Evidências. Enfermagem. Revisão.

SITUATIONS OF VIOLENCE EXPERIENCED BY PERSONS WITH DISABILITIES: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To analyze national and international scientific evidence about situations of violence experienced by people with disabilities. **Methods:** Integrative review of the literature developed in four databases in January 2020. 23 original articles were included, published in English, Portuguese or Spanish; in the time frame from 2007 to 2019, that answered the review question were included. **Results:** Regarding the situations of violence, physical and sexual violence stood out as the main violences experienced by people with disabilities, whether children, adolescents, adult and elderly men and women. In studies that carried out comparisons between violence suffered by people with and without disabilities, they pointed out that those who have some type of disability have reported more situations of violence than their peers without disabilities. Regarding the aggressors, the evidence signaled some differences between populations. Children and adolescents are mainly responsible for the perpetrators and family members. The adult population, both men and women, were assaulted mainly by intimate partners. The elderly, in turn, had their children as the main aggressor. **Conclusion:** There is a need to develop more cohort or case control studies and systematic reviews, as well as with the elderly population with disabilities.

KEYWORDS: Violence. Disabled Persons. Evidence-Based Practice. Nursing. Review.

1 | INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência são “aquelas que têm deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais de longo prazo que, em interação com várias barreiras, podem impedir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com os outros, p.4” (UNGA, 2007). Segundo dados mundiais, aproximadamente 15% da população possui alguma deficiência (WHO, 2011) e no Brasil, cerca de 6,7% da população possui algum tipo de deficiência (IBGE, 2018).

As pessoas com deficiência apresentam múltiplas vulnerabilidades, estando mais suscetíveis à pobreza (WHO, 2011; PINILLA-RONCANCIO, 2018), desemprego (WHO, 2011), discriminação (KRNJACKI et al., 2018; TEMPLE; KELAHER; WILLIAMS, 2018), dificuldades de acesso a serviços, como saúde, educação e transporte (WHO, 2011). Ademais, tem maior probabilidade de vivenciar situações de violência em comparação com pessoas sem deficiência (WHO, 2011; KHALIFEH et al., 2013; DAMMEYER; CHAPMAN, 2018).

Estudos apontam altas taxas de violência contra as pessoas com deficiência. Neste sentido, estudo de base populacional cujo um dos objetivos foi comparar o risco de violência entre mulheres e homens com deficiência com os seus homólogos não deficientes do mesmo sexo identificou que as pessoas com deficiência eram significativamente mais propensas a experimentar todos os tipos de violência (KRNJACKI et al., 2016). Assim,

é inegável que há uma relação significativa entre a deficiência e a violência (LIASIDOU; GREGORIOU, 2019).

Frente à problemática, esta revisão buscou subsídios para profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas qualificarem a atenção às pessoas com deficiência em situação de violência. Assim, tem como objetivo analisar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das situações de violência vivenciadas por pessoas com deficiência.

2 I MÉTODO

A revisão integrativa da literatura permitiu sintetizar múltiplos estudos acerca de uma área particular a partir de seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), descritas a seguir:

> 1ª - Identificação do tema: situações de violência vivenciadas por pessoas com deficiência, e elaboração da questão de revisão a partir do acrônimo PICo (JBI, 2014) – pessoas com deficiência (P - População); situações de violência (I – Fenômeno de interesse); nacional e internacional (Co – Contexto): quais as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das situações de violência vivenciadas por pessoas com deficiência?
>
> 2ª - Definição dos critérios de inclusão: artigo original, publicado em inglês, português ou espanhol; de 2007 a 2019. Este recorte temporal sustenta-se na Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e em seu protocolo, assinado em 2007, constituindo marco para a garantia dos direitos humanos a todas as pessoas com deficiência (UNGA, 2007).
>
> 3ª - Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados/ categorização: título, objetivo; ano de publicação; país de procedência; delineamento (abordagem metodológica e participantes); e principais resultados.
>
> 4ª - Avaliação dos estudos incluídos: apreciação crítica dos estudos a partir de um sistema de classificação da força de evidências, organizado de modo hierárquico e que considera o tipo de questão clínica do estudo primário (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011);
>
> 5ª - Interpretação dos resultados: discussão dos principais resultados dos estudos incluídos;
>
> 6ª - Apresentação da revisão/síntese do conhecimento: elaboração do manuscrito.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (Medline) via portal PubMed, Sci Verse Scopus (Scopus) e Web of Science em janeiro de 2020. Foram utilizados descritores controlados (Medical Subject Headings e Descritores em Ciências da Saúde), combinados com operadores booleanos (AND e OR) (Quadro 1).

LILACS	“Pessoas com deficiência” OR “Deficiência” OR “Deficiências Físicas” OR “Deficiente Físico” OR “Incapacidade” OR “Incapacidade Funcional” OR “Limitação Física” OR “Pessoa com Desvantagem” OR “Pessoas com Desvantagens” OR “Pessoa com Incapacidade” OR “Pessoas com Incapacidade” OR “Pessoas com Deficiências” OR “Pessoas com Incapacidades” OR “Pessoa com Incapacidade Física” OR “Pessoa com Deficiência Física” OR “Pessoas com Deficiência Física” OR “Pessoa com Limitação Física” OR “Pessoas com Limitação Física” OR “Pessoas com Limitações Físicas” OR “Pessoa com Necessidade Especial” OR “Pessoas com Necessidade Especial” OR “Pessoas com Necessidades Especiais” AND “Violência” OR “Violência Doméstica” OR “Maus-Tratos” OR “Violência na Família” OR “Abuso Sexual” OR “Violência Sexual” OR “Abuso Sexual de Menores” OR “Abuso Sexual do Adolescente” OR “Abuso Sexual da Criança” OR “Maus-Tratos Sexuais da Criança” OR “Maus-Tratos Sexuais de Menor” OR “Maus-Tratos Sexuais Infantis” OR “Violação Sexual Infantil” OR “Abuso Físico” OR “Maus-Tratos Infantis” OR “Negligência Infantil”
Medline	“Disabled persons” AND “violence”
Scopus	“Disabled persons” AND “Violence”
Web of Science	“Disabled persons” AND “Violence”

Quadro 1 - Bases de dados e respectivas estratégias de busca empregadas na revisão integrativa. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2022.

Fonte: Autores

Destaca-se que a busca e seleção dos estudos foi realizada por duas pesquisadoras de modo independente e as divergências foram resolvidas com auxílio de um terceiro revisor.

3 | RESULTADOS

Foram encontradas inicialmente 2117 produções, permanecendo 1225 após a remoção das duplicações. Dessas, 206 foram excluídas por não serem artigos originais, 762 por não serem do tema e 147 por não serem artigos. Após, selecionaram-se 110 artigos para leitura na íntegra e avaliação da elegibilidade, dos quais, 23 artigos respondiam à questão de revisão e, compuseram o corpus do estudo. A Figura 1 descreve o percurso para a seleção dos artigos.

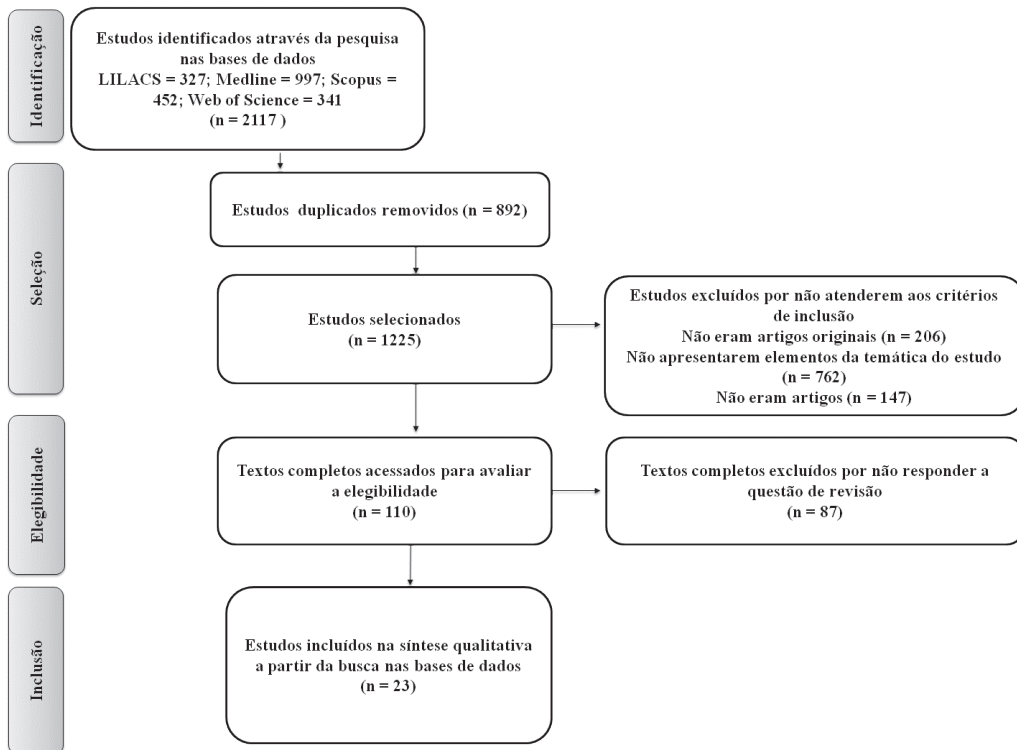



Figura 1 – Fluxograma da seleção artigos da revisão integrativa. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2022

Fonte: Autoras

Quanto ao ano de publicação, o quadriênio 2015-2018 apresentou o maior índice de produção com nove estudos (39,1%). Quanto à abordagem metodológica, predominou a quantitativa em 20 estudos (86,9%). No que se refere à procedência, verificou-se o predomínio de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos (n=9; 39,1%). Quanto aos participantes, 14 (60,7%) foram desenvolvidos apenas com pessoas com deficiência, dentre estas estudantes, jovens, adultos, homens, mulheres e idosos.

Quanto à classificação da força de evidência dos artigos segundo o tipo de questão clínica (16), 22 (95,7%) direcionaram-se ao prognóstico/etiologia, sendo 14 (60,9%) com nível de evidência quatro e oito (34,8%) com nível de evidência 2. Apenas um (4,3%) estudo direcionava-se ao significado/experiência e possuía nível de evidência 2.

O Quadro 2 apresenta as características dos artigos quanto ao objetivo, ano/país, delineamento do estudo e nível de evidência/questão clínica.

País/Referência	Delineamento (Abordagem do estudo e participantes)	Nível de evidência/ questão clínica
Taiwan/LIN et al., 2010	Quantitativa/Pessoas com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Taiwan/LIN et al., 2009	Quantitativa/Pessoas com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/MITRA; MANNING; LU, 2012	Quantitativa/n= 2876 mulheres com deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/MITRA; MOURADIAN, 2014	Quantitativa/n= 102.216 homens com e sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/MITRA; MOURADIAN; DIAMOND, 2011	Quantitativa/n= 25756 homens com e sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/MITRA et al., 2016	Quantitativa/Homens com deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
África do Sul/NEILLE; PENN, 2015	Qualitativa/n= 30 homens e mulheres com deficiência	N2 (Significado/ Experiência)
Austrália/NIXON et al., 2017	Quantitativa/n= 2220 pessoas com deficiência intelectual e 2085 pessoas sem deficiência intelectual	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Não informado/PLATT et al., 2017	Quantitativa/n= 350 pessoas com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/POWERS et al., 2009	Quantitativa/n= 305 mulheres com diversas deficiências e surdas	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Israel/REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007	Quantitativa/n= 100 jovens com deficiência e sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Brasil/RODRIGUES; AOKI; OLIVER, 2015	Quantitativa/n= 139 pessoas com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/SMITH; STRAUSER, 2008	Qualitativa/n= 4574 mulheres com deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Cambodja/ASTBURY; WALJI, 2014	Quantitativa/354 mulheres com e sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/BARRETT et al., 2009	Quantitativa/5262 mulheres com e sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Cuba/BENITEZ et al., 2011	Quantitativa/99 crianças e adolescentes com deficiência intelectual	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Brasil/BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016	Quantitativa/270 responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Espanha/DEL RÍO FERRES; MEGÍAS; EXPÓSITO, 2013	Quantitativa/96 mulheres com deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016	Quantitativa/101 estudantes universitários com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Portugal/FRAZÃO et al., 2014	Quantitativa/70 idosos com deficiência	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Finlândia e Suécia/KOIVULA et al., 2018	Quantitativa/n= 3420 mães de crianças com deficiência/n= 3134 mães de crianças sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Portugal/CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013	Quantitativa/n= 198 crianças e adolescentes com deficiência e/ou perturbações do desenvolvimento	N2 (Prognóstico/Etiologia)
Estados Unidos/BREIDING; ARMOUR, 2015	Quantitativo/9086 mulheres com e sem deficiência/7421 homens com e sem deficiência	N2 (Prognóstico/Etiologia)

Quadro 2 - Sumarização das características dos artigos incluídos na revisão. Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2021

4 | DISCUSSÃO

Violência contra as crianças e adolescentes com deficiência

As evidências acerca da violência contra crianças e adolescentes com deficiência apontaram a vivência de violência física, psicológica, sexual, negligência, abandono, ser forçado a fazer algo, recusar algo essencial ao bem-estar, humilhação, rejeição e ameaça. Os estudos que compararam a violência sofrida por crianças e adolescentes com e sem deficiência revelaram que aqueles que possuem algum tipo de deficiência relatam mais situações de violência (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007; KOIVULA et al., 2018).

A violência física foi a mais prevalente dentre as violências (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016; KOIVULA et al., 2018; CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013). Crianças entre três e cinco anos sofrem mais violência física quando comparadas aos lactentes até dois anos (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016).

A violência sexual embora relatada em estudos (PLATT et al., 2017; REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007; BENITEZ et al., 2011, FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016; CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013), em apenas um estudo obteve prevalências maiores que outras violências, sendo este desenvolvido com crianças com deficiência intelectual (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007). O fato de que em apenas um estudo esta violência foi mais prevalente pode se relacionar com a dificuldade das crianças e adolescentes com deficiência a revelarem, especialmente quando a deficiência é intelectual.

A violência psicológica foi relatada em três estudos. Um deles que objetivou identificar e analisar a prevalência da violência familiar física e psicológica entre crianças e adolescentes com diferentes categorias de deficiência evidenciou uma prevalência de 83,7% para agressão psicológica (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016). Em outro, apresentou prevalência de 80,9%, sendo perpetrada especialmente contra crianças com deficiência neurológica/psicológica (KOIVULA et al., 2018).

Quanto à negligência, a investigação desenvolvida com 99 crianças e adolescentes com deficiência intelectual revelou que a violência mais presente foi a negligência com 61,1% (BENITEZ et al., 2011). Em outra, desenvolvida com 198 crianças e adolescentes portuguesas, apresentou o segundo maior percentual (n=67; 33.8%) (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013).

Estudo que comparou os diferentes tipos de violência em relação às deficiências revelou que os maus-tratos físicos e psicológicos em crianças e adolescentes portadoras de deficiência intelectual eram mais prevalentes em comparação às demais deficiências (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016). Outro estudo apontou que do total de

crianças e adolescentes submetidos a algum tipo de maltrato (n=34; 34,3%), 25 (43,9%) apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico associado, em especial transtornos de humor e adaptativos (BENITEZ et al., 2011).

Outros tipos de violência relatados foram ser forçado a fazer algo, recusar algo essencial ao bem-estar, ameaça, humilhação, rejeição (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007) e abandono (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013). Quanto à humilhação, esta foi perpetrada principalmente por amigos e outras pessoas (75%), seguido da família (24%), em especial na vizinhança (76%) e em casa (24%). A rejeição social foi vivenciada por 18% dos estudantes com deficiência, perpetrada principalmente pela família (66,7%) e amigos (33,3%), em especial em casa (66,7%), e no bairro (33,3%) (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007).

Estas evidências apontam para a necessidade de ofertar apoio psicossocial individual ou grupal às famílias para que a rejeição não seja a forma de tratamento dessas crianças e adolescentes. Também é necessário desenvolver ações na comunidade e escolas, sensibilizando a população em relação à necessidade de inclusão social das pessoas com deficiência.

Estudos apontam a ocorrência de diferentes violências simultaneamente (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016; CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013), denominado como maltrato misto (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013). Poucos estudos relatam que crianças e adolescentes vivenciaram um único tipo de violência. Neste sentido, há relatos de violência física e sexual (FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016), violência física, psicológica e negligência, violência psicológica e negligência, violência física e psicológica (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013).

Quanto aos agressores, têm-se responsáveis e familiares, como pai, mãe, e avós, pai e/ou irmão (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007; BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016; KOIVULA et al., 2018; CRUZ; ALBUQUERQUE, 2013). E prestadores de serviço, motorista de ônibus escolar, professores, outros jovens, estranhos, amigos, especialmente quando a violência foi sexual (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016). Adultos conhecidos das crianças e adolescentes também foram agressores no caso de violência sexual (REITER; BRYEN; SHACHAR, 2007).

Violência contra adultos com deficiência

Os adultos com deficiência são expostos a formas distintas e repetidas de violência ao longo da vida, as quais são mais prevalentes do que naqueles adultos sem deficiência (LIN et al., 2009; MITRA; MANNING; LU, 2012; DEL RÍO FERRES; MEGÍAS; EXPÓSITO, 2013).

A violência física foi a mais prevalente nos estudos com adultos (MITRA; MANNING; LU, 2012; MITRA; MOURADIAN, 2014; NEILLE; PENN, 2015; PLATT et al., 2017; POWERS et al., 2009; RODRIGUES; AOKI; OLIVER, 2015; SMITH; STRAUSER, 2008; BARRETT et al., 2009; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016; BREIDING; ARMOUR, 2015), seja individual ou associada à outra. Estudo que documentou a prevalência da violência física 12 meses antes e durante a gravidez evidenciou que durante a gravidez as mulheres com deficiência relataram quase quatro vezes mais esta violência (MITRA; MANNING; LU, 2012).

Os estudos também relataram a violência sexual (LIN et al., 2009; MITRA; MOURADIAN; DIAMOND, 2011; MITRA et al., 2016; NEILLE; PENN, 2015; NIXON et al., 2017; PLATT et al., 2017; SMITH; STRAUSER, 2008; BARRETT et al., 2009; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016; BREIDING; ARMOUR, 2015). Sobre esta, a investigação desenvolvida em Taiwan, revelou que as notificações aumentaram 469% em pessoas com deficiência (LIN et al., 2009). A pessoa com deficiência intelectual possuía cinco vezes e meia mais risco de vivenciar violência sexual quando comparada à amostra sem esta deficiência (NIXON et al., 2017).

Estudos que documentaram a prevalência de violência sexual entre homens com deficiência em comparação com homens sem deficiência apontaram aqueles com deficiência eram mais propensos a reportá-la (MITRA; MOURADIAN; DIAMOND, 2011; MITRA et al., 2016).

Três estudos apresentaram evidências em relação à violência financeira (NEILLE; PENN, 2015; PLATT et al., 2017; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016). Um deles identificou que entre 14 itens de abuso foram identificadas taxas mais altas de violência entre as mulheres em apenas dois, sendo um deles o abuso financeiro (PLATT et al., 2017).

Estudos também apresentaram evidências da violência psicológica contra adultos com deficiência (NEILLE; PENN, 2015; POWERS et al., 2009; BREIDING; ARMOUR, 2015). Em apenas um deles a prevalência foi maior do que os demais tipos de violência (BREIDING; ARMOUR, 2015).

As evidências apontam outros tipos de violência menos prevalentes, como a falta de cuidados cotidianos, isolamento e obrigatoriedade de cuidar de familiares ou realizar afazeres domésticos (RODRIGUES; AOKI; OLIVER, 2015), além da privação de alimentos (NEILLE; PENN, 2015) e perseguição (BREIDING; ARMOUR, 2015).

Evidências apontam o controle de comportamentos, a exemplo do controle do acesso a serviços ou cuidados de saúde, atividades diárias, acesso a amigos ou familiares, afetando especialmente as mulheres (NEILLE; PENN, 2015). Foi relatado ainda o controle

da saúde reprodutiva e sexual das mulheres por seus parceiros íntimos (BREIDING; ARMOUR, 2015).

Em relação à violência doméstica e a VPI, embora tanto homens como mulheres com deficiência relatam níveis mais altos dessas em comparação com pessoas sem deficiência (MITRA; MOURADIAN, 2014), às mulheres com deficiência apresentaram taxas mais altas (MITRA; MOURADIAN, 2014; ASTBURY; WALJI, 2014; BARRETT et al., 2009; BREIDING; ARMOUR, 2015). A violência doméstica foi mais prevalente em pessoas com incapacidade de membros, psicose crônica e deficiência intelectual (LIN et al., 2010).

Quanto aos agressores, estudos indicaram parceiros íntimos (MITRA et al., 2016; PLATT et al., 2017; DEL RÍO FERRES; MEGÍAS; EXPÓSITO, 2013; BREIDING; ARMOUR, 2015), mulheres (MITRA et al., 2016), professores (NEILLE; PENN, 2015), prestadores de serviços (PLATT et al., 2017), familiares (PLATT et al., 2017; FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016) e pessoas que não fossem da família (FINDLEY; PLUMMER; MCMAHON, 2016). Em dois estudos, as mulheres eram mais propensas a identificar um parceiro íntimo como agressor (MITRA et al., 2016; PLATT et al., 2017); enquanto em outro, os homens tiveram maior probabilidade de relatar violência por uma mulher do que por um homem (MITRA et al., 2016).

Violência contra idosos com deficiência

Apenas uma pesquisa foi desenvolvida com idosos. Esta buscava conhecer características demográficas e forenses da violência doméstica contra 70 idosos com deficiências físicas e/ou mentais. O tipo mais frequente foi o abuso físico, seguido do financeiro, psicológico e sexual. A negligência foi observada simultaneamente a casos de outros tipos de abuso, correspondendo principalmente a aspectos nutricionais e de higiene, seguida de medicação, assistência médica, descanso, afeto e alojamento/segurança. No que se refere à violência psicológica, esta correspondeu principalmente a insultos, humilhação, difamação, ameaça de agressão ou ameaças à vida. A maioria dos agressores era do sexo masculino (n=44; 62,9%). Ao considerar a totalidade dos casos, a maioria (47,1%) foi supostamente perpetrada pelos filhos e em 28,6% por parceiros dos idosos (FRAZÃO et al., 2014).

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão destaca as violências física e sexual como as principais formas de violência vivenciadas por pessoas com deficiência. Os estudos que compararam a violência sofrida por pessoas com e sem deficiência revelaram que aqueles que possuem algum tipo de deficiência têm relatado mais situações de violência do que seus pares sem deficiência.

Com relação aos agressores, crianças e adolescentes tiveram como principais agressores os responsáveis e familiares. A população adulta, tanto homens quanto mulheres, foi agredida principalmente pelos parceiros íntimos, enquanto os idosos, por seus filhos. Identificou-se uma lacuna de estudos desenvolvidos com idosos com deficiência.

Conclui-se que independente da faixa etária, as pessoas com deficiência são extremamente vulneráveis às diferentes formas de violência, tanto em espaços privados quanto públicos. Diante disso, é premente o desenvolvimento de ações de prevenção e enfrentamento a violência contra esta população.

REFERÊNCIAS

ASTBURY, J.; WALJI, F. The prevalence and psychological costs of household violence by family members against women with disabilities in Cambodia. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 29, n. 17, p. 3127-3149, 2014. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260514534528

BARRETT, K.A. et al. Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. **Womens Health Issues**, v. 19, n.2, p. 94-100, 2009. DOI: https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.005

BARROS, A.C.M.W.; DESLANDES, S.F.; BASTOS, O.M. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00090415, 2016b. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090415

BENITEZ, N.G. et al. Maltrato juvenil en discapacitados intelectuales, su relación con la comorbilidad psiquiátrica. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v. 49, n. 2, p. 149-156, 2011. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000200004

BREIDING, M.J.; ARMOUR, B.S. The association between disability and intimate partner violence in the United State. **Annals of Epidemiology**, v. 25, n. 6, p. 455-457, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.03.017

CRUZ, V.; ALBUQUERQUE, C.P. Maus-Tratos em crianças e adolescentes com deficiência e/ou perturbações do desenvolvimento. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 19, n. 1, p. 9-24, 2013. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382013000100002

DAMMEYER, J.; CHAPMAN, M. A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. **BMC Public Health**, v. 18, n. 355, p. 1-9, 2018. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-018-5277-0

DEL RÍO FERRES, E.; MEGÍAS, J.L.; EXPÓSITO, F. Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. **Psicothema**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2013. DOI: http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2012.83

FINDLEY, P.A.; PLUMMER, S.B.; MCMAHON, S. Exploring the Experiences of Abuse of College Students with Disabilities. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 31, n. 17, p. 2801-2823, 2016. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260515581906

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S.B. **Asking compelling, clinical questions**. In: Melnyk BM,

Fineout-Overholt, (Eds.). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.

FRAZÃO, S.L. et al., Domestic violence against elderly with disability. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 28, p. 19-24, 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.09.003

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Nota técnica 01/2018 - Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington**. Brasília (DF): IBGE; 2018. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf>. Acesso em: 22 mai 2022

LIASIDOU, A.; GREGORIOU, A. A Longitudinal analysis of disability-related interpersonal violence and some implications for violence prevention work. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 15-16, p. 1-19, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260519845724

LIN, J.D. et al. Domestic violence against people with disabilities: prevalence and trend analyses. **Research in Developmental Disabilities**, v, 31, n. 6, p. 1264-1268, 2010. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.018

LIN, L.P. et al. Sexual assault of people with disabilities: results of a 2002–2007 national report in Taiwan. **Research in Developmental Disabilities**, v. 30, n. 5, p. 969-975, 2009. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.02.001

KHALIFEH, H. et al., Violence against people with disability in England and Wales: findings from a National Cross-Sectional Survey. **PLoS One**, v. 8, n. 2, p. e55952, 2013. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055952

KOIVULA, T. et al. Psychological and physical violence towards children with disabilities in Finland and Sweden. **Journal of Child Health Care**, v. 22, n. 3, p. 317-331, 2018. DOI: https://doi.org/10.1177/1367493518757379

KRNJACKI, L. et al. Disability-based discrimination and health: findings from an Australian-based population study. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 42, n. 2, p. 172-174, 2018. DOI: https://doi.org/10.1111/1753-6405.12735

KRNJACKI, L. et al. Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: findings from an Australian population-based study. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 40, n. 1, p. 16-21, 2016. DOI: https://doi.org/10.1111/1753-6405.12498

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

MITRA, M.; MANNING, S.E.; LU, E. Physical abuse around the time of pregnancy among women with disabilities. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, p. 802-806, 2012. DOI: https://doi.org/10.1007/s10995-011-0784-y

MITRA, M.; MOURADIAN, V.E. Intimate partner violence in the relationships of men with disabilities in the United States: relative prevalence and health correlates. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 29, n. 17, p. 3150-3166, 2014. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260514534526

MITRA, M.; MOURADIAN, V.E.; DIAMOND, M. Sexual violence victimization against men with disabilities. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 41, n. 5, p. 494-497, 2011. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.07.014

MITRA, M. et al. Prevalence and characteristics of sexual violence against men with disabilities. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 50, n. 3, p. 311-317, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.030

NEILLE, J.; PENN, C. Beyond physical access: a qualitative analysis into the barriers to policy implementation and service provision experienced by persons with disabilities living in a rural context. **Rural and Remote Health**, v. 15, n. 3332, p. 1-15, 2015. DOI: www.rrh.org.au/journal/article/3332

NIXON, M. et al. Estimating the risk of crime and victimisation in people with intellectual disability: a data-linkage study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, p. 617-626, 2017. DOI: https://doi.org/10.1007/s00127-017-1371-3

PINILLA-RONCANCIO, M. The reality of disability: Multidimensional poverty of people with disability and their families in Latin America. **Disability and Health Journal**, v.11, n.3, p. 398-404, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.12.007

PLATT, L. et al. The Role of Gender in violence experienced by adults with developmental disabilities. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 32, n. 1, p. 101-129, 2017. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260515585534

POWERS, L.E. et al. Interpersonal violence and women with disabilities: analysis of safety promoting behaviors. **Violence Against Women**, v. 15, n.9, p. 1040-1069, 2009. DOI: https://doi.org/10.1177/1077801209340309

REITER, S.; BRYEN, D.N.; SHACHAR, I. Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. **Journal of Intellectual Disabilities**, v. 11, n. 4, p. 371-387, 2007. DOI: https://doi.org/10.1177/1744629507084602

RODRIGUES, S.M.; AOKI, M.; OLIVER, F.C. Diagnóstico situacional de pessoas com deficiência acompanhadas em terapia ocupacional em uma unidade básica de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional – UFSCar**, v. 23, n. 4, p. 781-794, 2015. DOI: https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0713

SMITH, D.L.; STRAUSER, D.R. Examining the impact of physical and sexual abuse on the employment of women with disabilities in the United States: an exploratory analysis. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 14, p. 1039-1046, 2008. DOI: https://doi.org/10.1080/09637480701539542

TEMPLE, J.B.; KELAHER, M.; WILLIAMS, R. Discrimination and avoidance due to disability in Australia: evidence from a National Cross Sectional Survey. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1347, p. 1-13, 2018. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-018-6234-7

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual**: 2014 edition. Adelaiade: JBI; 2014. Disponível em: < https://nursing.lsuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2022

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities**: Resolution/Adopted by the General Assembly. New York: UNGA; 2007. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_61_106.pdf>. Acesso em: 20 mai 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on disability**. Genebra: OMS; 2011. Disponível em: <https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022

CAPÍTULO 6

CONSTRUÇÃO DE SI MESMO NA JUVENTUDE: UMA PROPOSTA DE CUIDADO EM SAÚDE APOIADA NA VULNERABILIDADE E NA ONTOLOGIA DO SER

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 24/10/2022

Darielli Gindri Resta Fontana
Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-3796-6947

Maria da Graça Corso da Motta
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-4335-1084

Isabel Cristina dos Santos Colomé
Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-7680-3289

Michele Hubner Magni
Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Programa de Pós-graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-9462-0205

RESUMO: Texto apresenta um recorte da tese intitulada "Em relação ao sexo tudo é curioso": um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde se propõe a refletir sobre as possibilidades de renovação das práticas em saúde relativas à sexualidade na juventude por meio das contribuições do quadro conceitual da vulnerabilidade, buscando apoio nos fundamentos da existência humana, como modo de dar significados e sentidos ao cuidado em saúde. Os resultados revelam que as experiências relativas à sexualidade dos jovens e indicam possibilidades de renovação das práticas de saúde, especialmente considerando as situações de vulnerabilidade como as fragilidades das relações familiares, de gênero e violência e a dimensão programática relacionada às ações em saúde. O cuidado com foco restrito às dimensões biológicas, com informações básicas e genéricas e pouca participação dos profissionais de saúde precisa ser reprogramado. Este capítulo apresenta uma proposta de cuidado à saúde dos jovens voltado aos fundamentos do ser e as questões de vulnerabilidade. Esta prioriza o diálogo e à valorização do saber da experiência como horizontes de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: juventude, sexualidade, vulnerabilidade, cuidado de enfermagem, cuidado em saúde.

SELF CONSTRUCTION IN YOUTH: A HEALTH CARE PROPOSAL SUPPORTED IN VULNERABILITY AND ONTOLOGY OF BEING

ABSTRACT: The text presents an excerpt from the thesis entitled "In relation to sex, everything is curious": a way of thinking about the sexuality of young people from the perspective of vulnerability and health care proposes to reflect on the possibilities of renewing health practices related to sexuality in youth through the contributions

of the conceptual framework of vulnerability, seeking support in the foundations of human existence, as a way of giving meaning and meaning to health care. The results reveal that the experiences related to the sexuality of young people indicate possibilities for renewing health practices, especially considering situations of vulnerability such as the weaknesses of family relationships, gender and violence and the programmatic dimension related to health actions. Care with a focus restricted to biological dimensions, with basic and generic information and little participation of health professionals needs to be reprogrammed. This chapter presents a proposal for health care for young people focused on the fundamentals of being and issues of vulnerability. This prioritizes dialogue and the appreciation of knowledge from experience as horizons of care.
KEYWORDS: youth, sexuality, vulnerability, nursing care, health care

1 I INTRODUÇÃO E PERSPECTIVA TEÓRICA

Esse texto é um recorte da tese intitulada "Em relação ao sexo tudo é curioso": um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pretende refletir sobre possibilidades de renovação das práticas em saúde relativas à sexualidade na juventude por meio das contribuições do quadro conceitual da vulnerabilidade (Ayres, 2002, 2003, 2006). Propõe-se um retorno aos fundamentos da existência humana como modo de dar significados e sentidos ao cuidado em saúde com apoio da vulnerabilidade.

Partiu-se do pressuposto que o cuidado em saúde é uma produção dialógica entre as pessoas, sendo indispensável assumir a presença do outro. O conhecimento, fruto da fusão das informações técnico-científicas com as experiências da vida é o que faz sentido aos jovens e proporciona a construção de suas estratégias de enfrentamento. O processo de cuidar está envolvido de subjetividade, do contrário não há um espaço relacional-dialógico. O conhecimento das experiências dos jovens no campo da sexualidade e a associação com as situações de vulnerabilidade permite construir horizontes de cuidado em saúde, do que trataremos neste capítulo.

Nesse sentido, fazendo uma retomada aos principais resultados da pesquisa identifica-se que as situações de vulnerabilidade se vinculam à dimensão individual, compreendendo as experiências dos jovens e a gestão do cotidiano como um processo solitário e, principalmente, prejudicado pela qualidade e pelas condições de elaboração dos conteúdos das informações. Dessa forma, a dimensão social mostra como referência os amigos, que servem de recursos para informações recebidas pelos jovens e a família aparece em destaque como elemento de vulnerabilidade, principalmente pelas frágeis vinculações e por não representar um espaço de cuidado para a juventude. A

vulnerabilidade programática é percebida na medida em que as instituições de cuidado e as políticas públicas deveriam ser responsáveis pela interconexão dos outros componentes, no entanto, oferecem poucas oportunidades efetivas de cuidado para a juventude e as relações profissionais/jovens exibem fragilidades.

Os resultados apontaram um empobrecimento do aspecto relacional nas interações de cuidado. A ênfase das práticas de saúde parece recair nos recursos de ordem tecnológica, utilizando os saberes da epidemiologia e as ferramentas materiais (MERHY, 2000; ANÉAS; AYRES, 2011). A interação se resume a uma conversa que é inútil (ANÉAS; AYRES, 2011) que não informa e tem pouco sentido para as pessoas.

Como uma alternativa para superar os modos do cuidado em saúde mais tradicionais é importante considerar a ontologia do ser, com o apoio do quadro conceitual da vulnerabilidade. Um retorno aos fundamentos existenciais mostra-se essencial, na medida em que revela o sentido ontológico de que o homem sempre cuida, independente das fragilidades (HEIDEGGER, 2005; AYRES, 2006; ANÉAS; AYRES, 2011). Assim, o conhecimento filosófico configura-se como um potente elemento crítico, enriquecendo as reflexões em torno da saúde, devido ao seu caráter questionador, seu convite a pensar conceitos, possibilitando o repensar das práticas (MARTINS, 2004). Este caminho empreende forças capazes de vislumbrar outros horizontes de cuidado, por meio do retorno aos fundamentos do ser.

O cuidado é entendido como um construto filosófico, uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante das diferentes situações e experiências do sujeito (AYRES, 2006, ANÉAS; AYRES, 2011). A experiência, segundo Bondià (2002), é a abertura sensível para que algo aconteça e se associa a concepção existencial do cuidado, na medida em que requer movimento, um encontro ou uma relação com o que se experimenta. A experiência e a sabedoria prática não representam a universalidade da ciência, nem a permanência e reprodutibilidade da técnica, são singulares e se caracterizam por compreensões mediadas pela capacidade de negociação e escolha (MEYER et al. 2006). São construídas no movimento de viver nesse mundo (AYRES, 2006).

Nesta perspectiva o cuidado é sabedoria prática, buscando uma relação estreita com saberes tecno-científicos e as escolhas adequadas aos modos de vida e as situações em análise (AYRES, 2006). Os serviços de saúde estão carentes de experiências, de acolhimento, de escuta, da fusão entre os saberes científicos e os modos de viver a vida dos sujeitos. O saber da experiência não pode se separar do indivíduo, ou seja, não existe fora dele (BONDIÀ, 2002).

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma proposta de cuidado em saúde voltada aos jovens, apoiada nas questões de vulnerabilidade e no cuidado na perspectiva ontológica do ser.

2 I MÉTODO

Este capítulo foi originado da tese de doutorado de uma das autoras. Para compreensão da proposta de cuidado aos jovens que será apresentada neste capítulo, descreve-se, brevemente, a metodologia utilizada para a geração das informações da tese.

Pesquisa qualitativa, o campo de estudo foi o Pro-jovem Adolescente do município de Palmeira das Missões/RS. O Governo Federal no ano de 2008 implantou e implementou o Programa Pro-jovem Adolescente na Política Nacional de Assistência Social – PNA. O Pro-jovem Adolescente é um serviço sócio-educativo que integrava a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009).

Os participantes foram jovens na faixa etária entre 14 e 17 anos que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e que tiveram autorização dos pais/responsável legal.

A coleta das informações foi realizada em duas etapas, no período de dezembro 2011 a março de 2012. Na primeira etapa foi realizada a dinâmica “Primeiro Contato” e o preenchimento de um questionário. A primeira etapa serviu para a ambientação e aproximação entre pesquisador e participante. A segunda etapa realizou-se por meio de uma entrevista semi-estruturada organizada em cinco perguntas norteadoras, com a finalidade de estimular o participante a refletir e falar sobre suas experiências no campo da sexualidade. A coleta das informações foi realizada na sede do Programa Pro-jovem Adolescente em uma sala apropriada para manter um diálogo com garantia da privacidade. Foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista, com o intuito de registrar integralmente a fala do participante, assegurando material rico e fidedigno para a interpretação.

As informações coletadas foram interpretadas, por meio da Análise Temática proposta por MINAYO (2014). Utilizou-se como categoria de análise o referencial da vulnerabilidade, didaticamente dividido em três dimensões: a individual, a social e a programática (AYRES *et al,* 2003; AYRES, 2002) e os constructos teóricos da sexualidade (HEILBORN, 2006; BOZON, 2004; BRANDÃO2003, 2009) e do cuidado em saúde (AYRES, 2000; WALDOW, 2001; AYRES, 2004; WALDOW, 2004; HEIDEGGER,2005; AYRES, 2006; WALDOW, 2006; AYRES, 2007; WALDOW, 2010). O material foi transcrito e analisado obedecendo às três fases, quais sejam: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. A pré-análise foi a fase em que o conjunto das

informações obtidas foi organizado para uma análise mais aprofundada a seguir. Nessa etapa, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas. Com esses elementos, a segunda fase se caracterizou pela exploração do material para a classificação em categorias emergentes. Essa fase, com idas e vindas ao material, em busca de significados e agrupamentos das informações, permitiu o emergir de categorias que tomaram significado no contexto do objetivo da pesquisa.A terceira etapa da análise foi constituída pelo exame das informações obtidas e consequente interpretação, remetendo-se o significado ao contexto investigado. Nesse sentido, foram feitas interpretações, a partir do marco teórico proposto, bem como inferências que podem esclarecer os achados da pesquisa.

A proposta de cuidado aos jovens que será apresentada a seguir originou-se da interface teórica do estudo com os principais resultados encontrados e mostrou-se como um capítulo original e propositivo de uma intervenção prática no campo estudado.

3 | RESULTADOS

Será apresentada a proposta de cuidado em saúde que resgata os pressupostos do cuidado ontológico, com vistas a despertar nos profissionais a renovação das práticas de saúde. A proposta de cuidado denomina-se horizontes de cuidado à juventude: construção compartilhada de saberes e experiências.

3.1 Horizontes de cuidado à juventude: construção compartilhada de saberes e experiências

A proposta é construída a partir da criação de um cenário que permita aos profissionais e aos jovens vislumbrar perspectivas efetivas para encontros de cuidado e tem como desenho a descrição de três eixos de sentidos, fundados na perspectiva do cuidado ontológico. São eles: 1. O diálogo como fundamento do processo de cuidar; 2. A construção de parcerias eu-outro; 3. A co-responsabilização no processo de cuidar. Os eixos servem de apoio teórico e prático e fundamentam possibilidades de cuidado e interfaces com as situações de vulnerabilidade.

Nesse sentido, cada eixo será apresentado a partir de uma breve descrição, seguido de propostas para sua concretização. Os eixos apresentam uma circularidade, têm uma relação de interdependência, especialmente por serem horizontes, os quais não têm início e fim.

a. O diálogo como fundamento do processo de cuidar

Descrição: a dimensão dialógica é a mais básica condição para um processo de

efetivo de cuidado. Nesse sentido, um passo fundamental para cuidar de jovens é ir ao encontro deles, mostrar interesse, disponibilidade e abrir-se ao diálogo. Nesta direção, o termo movimento é entendido como a possibilidade de encontro, de interação, a partir da presença do outro. Nesse processo, não existe uma rotina pré-estabelecida, com diálogo e liberdade, as identidades vão se construindo na presença e na relação com o outro. O movimento, a interação e a identidade são horizontes que devem mover-se continuamente, num constante devir. Para acessar esse horizonte é importante a valorização do diálogo e da juventude como um espaço legítimo de cuidado, considerando tratar-se de uma etapa que reflete a construção de si na relação com o outro e nos sentidos atribuídos às suas experiências.

Propostas:

- Buscar espaços que sirvam para esses encontros, seja na comunidade, na escola ou nos serviços de saúde. Espaços físicos e humanos que respondam às expectativas para a interação e a construção de identidades. Podem ser lugares abertos ou fechados que primam por encontros individuais e coletivos, mas, sobretudo, que se legitimem como espaços permanentes e concretos de cuidado dirigidos à juventude.
- Realizar a aproximação efetiva com os jovens, por meio de uma escuta sensível, na presença do outro, face a face. A aproximação e abertura de um autêntico interesse em ouvir o outro é balizado pelo respeito aos direitos humanos e à cidadania.
- Utilizar de recursos audiovisuais, dinâmicas, atividades lúdicas, podem servir de importante recursos para o diálogo, como potencializador no relato das experiências relativas a sexualidade dos jovens.
- Favorecer a construção de identidades na interação e na percepção de si e do outro, como recurso para acessar os projetos de felicidade.
- Fomentar discussões nas equipes de saúde sobre o cuidado em saúde na perspectiva epistemológica e teórica, resgatando a dimensão dialógica e a produção de subjetividades.

b. A construção de parcerias eu-outro

Descrição: a construção e negociação são elementos intrínsecos à concepção de cuidado como ontologia do ser. Além de supor a presença diante de outro, compreende a noção de construção e negociação sem um lugar de chegada pré-estabelecido. As experiências vividas, as condições ou situações que se almejam alcançar ou manter são negociadas, construídas e desenhadas por meio do que se chama de projeto de felicidade. Segundo Ayres (2004, 2006) o projeto de felicidade pode ser compreendido como um contínuo devir, aberto, em negociação na medida em que os procedimentos, ou resultados

das tecno-ciências da saúde encontram-se articulados aos valores associados a uma vida boa.

Propostas:

- Considerar que a construção e a negociação incluem as relações de identidade entre profissionais e jovens, que são complexas e por vezes conflitantes. O processo de construção e negociação passa pela percepção de quem se é ou se busca ser e é carregado de significados.
- Identificar nas relações de cuidado as potencialidades tecnológicas e as sabedorias práticas que as mediam. Avaliar o sentido das orientações nas experiências relatadas e as adequações aos projetos de felicidade.
- Valorizar a sabedoria da experiência dos jovens e reinventar as práticas de saúde estabelecidas em nível programático, buscando o surgimento de outras e novas propostas.
- Dar visibilidade a dimensão subjetiva no processo de diálogo, uma vez que é reveladora da sabedoria da experiência.
- Estabelecer metas, projetos e desejos que mantenham o espaço de estar com os jovens em contínua produção.

c. A co-responsabilização no processo de cuidar

Descrição: as relações de cuidado estabelecem compromissos que se tornam inseparáveis entre as pessoas que negociam e os constroem. Assim, os projetos de vida adquirem sentido enquanto puderem seguir sendo no tempo, para além da racionalidade técnica. Nesse sentido, cuidar por meio de um espaço dialógico de construção mútua, exige responsabilização com o projeto de felicidade. Quando se decide escutar e dialogar com o outro é necessário assumir a responsabilidade pelo outro. A responsabilidade também pode garantir confiança e motivação para as ações em saúde, compartilhadas ao longo do tempo.

Propostas:

- Buscar a permanência de uma agenda de cuidado à saúde para a juventude, nos diferentes níveis de atenção à saúde.
- Favorecer que a temporalidade possa ter reflexos sobre o projeto de felicidade dos jovens, incentivando à escolarização, à aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos, atividades de lazer e socialização e a consciência, promoção e defesa de direitos humanos e cidadania.
- Buscar interfaces entre as experiências de vida dos jovens e os conhecimentos tecnológicos, evitando que as informações e as pactuações percam o sentido no decorrer do tempo.
- Destacar nas relações de cuidado a responsabilidade assumida entre os jovens

e os profissionais com os projetos de vida ao logo do tempo. Na relação dialógica com o outro os propósitos pactuados passam a ser produções coletivas.

Sem caráter de finalização o cuidado está sempre a exigir de nós uma atitude de verdadeira abertura para o outro. Explorando as potencialidades dos resultados do estudo de tese chegou-se à arquitetura desse cenário, que representa o horizonte de cuidado aos jovens no que se refere à sexualidade. A figura 1 representa o cenário mencionado.

Fonte: RESTA, 2012.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se a proposta de cuidado horizontes de cuidado à juventude: construção compartilhada de saberes e experiências um destaque do estudo por provocar um repensar sobre as práticas de saúde vigentes. As experiências dos jovens no campo da sexualidade estão implicadas e principalmente marcadas pela construção de si, relevando-se fundamentais no processo de autonomia juvenil. Nesse sentido percebeu-se que as

práticas de cuidado vão sendo construídas no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento na relação com o outro no mundo.

Desta forma, o potencial renovador do cuidado em saúde, revelado como resgate da dimensão humana é um horizonte promissor de cuidado. O cuidado assumiu uma perspectiva reconstrutiva das práticas de saúde. Assim, investiu-se na aposta de que existe uma potencialidade reconciliadora entre os conhecimentos da ciência e as experiências dos jovens, construindo projetos de felicidade no mundo.

REFERÊNCIAS

ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde. Interface comunicação saúde educação. **Interface-Comunic, Saude, Educ**, Botucatu, v.15, n.38, p.651-62, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, SF. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006, 416p.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface -comunic, saúde, educ**., São Paulo, v. 4, n. 6, p. 117-20, 2000.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do)humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Rev. Interface – Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v. 6, n. 11, p.11-24, 2002.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 237 p.

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica da saúde. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 43-62, 2007.

AYRES, J. R. C. M. *et al*. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In.: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003, p. 117-139.

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 172 p.

BRANDÃO, E.R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 1063-1071, 2009.

BRANDÃO, E.R**. Individualização e vínculo familiar em camadas médias: um olhar através da gravidez na adolescência.** 2003. 320 folhas. Tese (Doutorado em Medicina Social)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens.** Orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens.** Orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 44 p.

HEILBORN, M.L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. *In:* HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (orgs). **O aprendizado da sexualidade:** reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006. p. 30-59.

MARTINS, L.B.M *et al*. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo/Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p. 315-23, 2006.

MEYER, D.E.E. *et al*. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro,v. 22,n.6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.201p.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004, 237p.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006, 96p.

CAPÍTULO 7

PRÁTICAS DE CUIDADO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA AOS JOVENS E AS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE: UM DIÁLOGO MOTIVADOR

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Darielli Gindri Resta Fontana
Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-3796-6947

Josiane Mariani
Hospital São Vicente de Paulo – Enfermeira
Passo Fundo - Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/0055832171086640

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6880-7463

Débora Dalegrave
Instituto Desenvolvimento Sustentável Regional -Unidade Central de Educação Faem Faculdade
Frederico Westphalen – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/4979134811220896

Isabel Cristina dos Santos Colomé
Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-7680-3289

RESUMO: estudo objetiva conhecer as práticas de cuidado ofertadas pelas equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF) aos jovens e as interfaces com as situações de vulnerabilidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, conduzida pelo Método Criativo e Sensível, para a produção de dados. Foram realizadas, oficinas com 26 profissionais de quatro equipes de ESF, localizadas em um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados evidenciam que as práticas de cuidado estão centradas na entrega de contraceptivos e no planejamento familiar, e que as situações de vulnerabilidade estão implicadas nos modos como a juventude se expressa. Assim, conclui-se que as equipes de saúde da família podem encontrar interfaces entre as práticas de cuidado e as situações de vulnerabilidades da população jovem, buscando construir uma agenda de saúde juvenil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família, Juventude, Vulnerabilidade, Cuidado em saúde, Enfermagem.

ABSTRACT: study aims to know the care practices offered by the Family Health Strategies (ESF) teams to young people and the interfaces with situations of vulnerability. This is a qualitative research, conducted by the Creative and Sensitive Method, for the production of data. Workshops were held with 26 professionals from four FHS teams, located in a municipality in the Northwest Region of the State of Rio Grande do Sul. The results show that care practices are centered on the delivery of contraceptives and family planning, and that situations of vulnerability are involved in the ways in which youth express themselves. Thus, it is concluded that family health teams can find interfaces between care practices and

situations of vulnerability of the young population, seeking to build a youth health agenda.
KEYWORDS: Family Health, Youth, Vulnerability, Health Care, Nursing.

1 I INTRODUÇÃO

A juventude é considerada uma construção social, mutante e flexível, condicionada, principalmente pelos contextos sociais e culturais (VILLELA, DORETO, 2006; UNICEF, 2011; HEILBORN *et al.*, 2006). A denominação jovem inclui uma diversidade de caracterizações, tornando-se plural e imprecisa sua definição. As relações econômicas, sociais, culturais, de geração e de gênero, em especial, estão implicadas nas diferentes identidades juvenis e relacionam-se diretamente com as experiências dos jovens no campo da sexualidade, sobretudo na construção de si (HEILBORN *et al.,* 2006).

O cuidado em saúde com foco na população juvenil, requer práticas acolhedoras e sensíveis, que possibilitem a criação de mecanismos para a aproximação entre jovens e equipes de saúde. Existem fragilidades nas práticas de cuidado, muitas vezes com abordagens centradas apenas nos conhecimentos técnico-científicos, mostrando-se distantes da realidade destes indivíduos (MATIAS; SILVA; SIMON, 2011). A desassistência enfrentada pelos jovens nas unidades de saúde, escolas e família (ALVES; BRANDÃO, 2009) expõe a diversas situações de vulnerabilidade, apontando ser relevante conhecer as práticas de cuidado dos serviços de saúde no que se refere às suas agendas e perspectivas (ALVES; BRANDÃO, 2009; AYRES, 2009).

Em geral, as ações realizadas na Atenção Básica voltam-se à distribuição esporádica de preservativos masculinos por unidades básicas de saúde, podendo deixar de incluir outras questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva (BORGES; SCHOR, 2007).

A Atenção Básica é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), estando próxima da comunidade e das diferentes organizações familiares. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um espaço que vem se consolidando na organização e no atendimento em saúde nesse nível, como estratégia prioritária de cuidado. Assim, é um espaço para a escuta e o acolhimento dos jovens nos serviços de saúde, buscando reconhecer o contexto social, cultural e econômico e situações de vulnerabilidade do território e comunidade (FILHO et al., 2022).

O referencial das vulnerabilidades pode servir de instrumento para a compreensão de algumas das dificuldades enfrentadas, na elaboração e execução de políticas públicas de cuidado aos jovens. Aspectos individuais e coletivos, relações históricas, culturais, religiosas, econômicas, familiares e contextuais apresentam-se inter-relacionados nas dimensões individual, social e programática das diferentes situações de vulnerabilidade

(AYRES, 2009).

Desse modo, entende-se a vulnerabilidade como um importante instrumento para a transformação das práticas de cuidado. A identificação delas possibilita a articulação entre indivíduo e coletivo, tendo a saúde como resultante de processos culturais, sociais, econômicos e históricos.

Diante dessa problemática torna-se fundamental dialogar com as equipes de saúde da família sobre as práticas de cuidado desenvolvidas para os jovens, o que poderá contribuir para ações que aproximem essa parcela da população das unidades. A questão que norteou este estudo foi: quais são as práticas de saúde ofertadas pelas equipes de saúde da família aos jovens de seu território? O objetivo foi conhecer as práticas de cuidado ofertadas pelas equipes das ESF aos jovens e as suas interfaces com as situações de vulnerabilidade.

2 | MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado com quatro equipes de ESF de um município localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Os participantes foram todos os profissionais da área da saúde, pertencentes às equipes, totalizando 26. Como critério de inclusão foi considerado ser profissional de saúde e integrar as equipes de saúde no momento da produção dos dados. Não foram estabelecidos critérios de exclusão. Para a produção dos dados, utilizou-se o Método Criativo Sensível (MCS), uma proposta de pesquisa em enfermagem e saúde que permite realizar, ao mesmo tempo, trabalho científico e reflexões grupais, aproximando os participantes, convidados a pensar, manifestar suas concepções e discuti-las (DALEGRAVE, 2013). A produção das informações emerge das dinâmicas, com a possibilidade de validação, mantendo-se a singularidade de cada indivíduo que coletiviza suas experiências no grupo (RESTA, 2006).

As etapas do método são as seguintes: preparação do ambiente e acolhimento do grupo escolhido; apresentação dos participantes; informações sobre as dinâmicas; apresentação das produções; apreciação dos dados e validação das informações.

Os materiais produzidos e as observações são a fonte primária para a análise e interpretação das informações. As falas são gravadas e transcritas na íntegra, e as observações são anotadas no diário de campo.

Como técnica de coleta de dados foram realizadas duas dinâmicas, de criatividade e sensibilidade, em cada ESF, as quais ocorreram em dois encontros com as equipes de saúde da família, nos dias das reuniões de equipe, durantes os meses de agosto a outubro de 2012. Os encontros foram organizados a partir do contato telefônico com as

coordenações de cada equipe e respeitou as agendas e datas combinadas previamente.

As dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade obedeceram uma metodologia que será descrita na sequência. Todos os momentos foram observados e registrados pelas pesquisadoras, com o auxílio do gravador de áudio e de anotações por escrito. Os materiais necessários para execução das atividades foram organizados pela equipe de pesquisadoras.

No primeiro encontro foi realizada a acolhida dos participantes, a apresentação do projeto e a entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Posteriormente, houve a caracterização dos profissionais, por meio do preenchimento da ficha de identificação, contendo informações relativas ao tempo de trabalho e a função desenvolvida. A seguir, os profissionais foram convidados a participar da dinâmica de Criatividade e Sensibilidade Texto Coletivo (DALEGRAVE, 2013), utilizando-se como Questão Geradora de Debate (QGD): **qual sua percepção sobre juventude e as situações de vulnerabilidade?** A partir das suas experiências, os profissionais construíram coletivamente um texto, onde representavam suas percepções a respeito da juventude e como visualizavam as vulnerabilidades.

No segundo encontro, foi realizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade Quebra-cabeça. Cada profissional foi convidado a refletir por meio da QGD: **Vulnerabilidade, um conceito a ser desvendado**. Este quebra-cabeça possui peças que devem se encaixar para construir as principais situações de vulnerabilidade da juventude em consonância com o quadro referencial da vulnerabilidade. Ao montar cada peça os participantes trocaram ideias e construíram o melhor encaixe.

As informações foram analisadas com base na Análise Temática de Minayo que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tem significado para o objetivo analítico. A análise foi realizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Maria, sob o CAAE 22676213.4.0000.5346 de acordo com a resolução 466/2012. Com a finalidade de manter o anonimato dos informantes do estudo, optou-se por identificar os mesmos pela letra P (profissionais), seguida de número arábico sequencial correspondente a sua estratégia.

3 | RESULTADOS

A partir das produções emergiram duas categorias: “Práticas de cuidado das ESFs” e “Situações de vulnerabilidades vivenciadas pelos jovens” descritas a seguir.

Práticas de cuidado das ESFs

As práticas de cuidado oferecidas pelas equipes das ESFs aos jovens, estão relacionadas ao Programa de Saúde nas Escolas (PSE), que ocorrem nas escolas de abrangência da unidade com a participação da equipe de saúde. Como pode-se observar nas falas dos profissionais:

> Bem, as ações que nós temos na unidade é o programa do PSE, a gente tá com o programa do PSE. (P I)
>
> A gente tem o PSE que é o programa saúde na escola, que ele trabalha a avaliação oftalmológica, saúde bucal, vacina, avaliação antropométrica, Pressão Arterial, a gente tira uma avaliação que pega todas as crianças da escola. A gente faz tipo um circuito, e nesse semestre a gente quer começar as oficinas sobre sexualidade[...]. (P III e IV)

Além das atividades na escola, uma das unidades promove rodas de conversas em locais da comunidade, sobre sexualidade, álcool, drogas, DSTs e outros assuntos de interesse dos participantes. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desenvolvem um trabalho de busca ativa, por meio das visitas domiciliares. No entanto, segundo os profissionais, há pouca participação dos jovens. O vínculo é uma importante ferramenta para atrair o jovem para a unidade, pois através dele a equipe de saúde aperfeiçoa a qualidade na atenção e aumenta a responsabilidade para com o atendimento integral do sujeito e coletivo. Na ausência de vínculos os jovens procuram as ESF para obter preservativos e anticoncepcionais. As falas ilustram esta situação:

> Foram poucos, a gente até admirou que tinham pessoas idosas no grupo e não tinham muitos jovens, eles são mais difíceis mesmo de trabalhar. Acho que devem ser pensadas estratégias de melhor acesso a eles. (P III e IV)
>
> Tem muitos que vem buscar preservativo e anticoncepcional[...]. (P III e IV)
>
> As meninas procuram preservativos, mas os meninos, é mais raro. Às vezes eu vejo que é mais um constrangimento masculino, que eles me chamam lá fora para pedir preservativo. (P V)

A principal preocupação das ESFs, no cuidado ao jovem, centra-se nas questões da sexualidade, da distribuição de preservativos, anticoncepcionais, prevenção de ISTs e na adesão ao pré-natal.

No momento que os profissionais são questionados sobre as ações direcionadas aos jovens, a distribuição de preservativos e anticoncepcionais é a mais frequente. Na maioria das vezes é realizada por ACS e, também, em menor número os jovens buscam no momento da consulta de enfermagem ou por meio de um profissional da estratégia que tenham maior vínculo, conforme relato dos profissionais:

> [...] agora teve na comunidade que vamos até um lugar do bairro e desenvolve um grupo, onde a gente fez no Bairro e falou sobre DST, sexualidade e gravidez na adolescência.
>
> [...] tem meninos que a gente já deixa as camisinhas nas visitas, porque eles não pedem né. Mas as mães já dizem pra deixar que elas dão a eles. (P III e IV)

Os profissionais relatam que a maioria das jovens desejam ser mães precocemente. Quando questionadas se a gravidez é ou não desejada, a resposta é positiva, a construção da família é algo que almejam. As falas reforçam esta questão:

> [...] querem namorar, casar, ter filhos pra sair da casa do pai e da mãe, onde estão passando muitas vezes por dificuldades econômicas e sociais, querem ter filho pra poder sair de casa e aí acabo a expectativa de estudar, de ter um trabalho e acham o máximo ser adolescente, mãe e dona de casa. (..) aí tu pedes se a gravidez foi ou não planejada, elas dizem que foi sim planejada. (..) elas dizem, fiquei 6 meses sem tomar comprimido, mas graças a Deus consegui. (P III e IV)
>
> [...] o que mais chama atenção na hora do cadastramento dessas jovens, é que elas dizem que a gestação é sim planejada, isso me chama muito a atenção. Porque daí quando eu pergunto, elas me dizem que já são casadas. (P V)

As práticas de cuidado se organizam também em torno das ações focadas no planejamento familiar, segundo relato de um dos profissionais:

> Aqui a nossa demanda maior de jovens é de meninas pra planejamento familiar, de como engravidar. (P III e IV)

As práticas de cuidado oferecidas pelas ESFs abordam ações do PSE, o fornecimento de contraceptivos e orientações do planejamento familiar, mostrando relações e vinculação frágeis entre profissionais, jovens e famílias.

Situações de vulnerabilidades vivenciadas pelos jovens

Ao serem perguntados sobre as principais situações de vulnerabilidade que os jovens de suas estratégias vivenciam, os profissionais relatam com maior frequência as situações de gravidez na adolescência, álcool e drogas. As falas dos profissionais afirmam isso:

> [...] áreas bem distintas, uma é muito mais carente, mais vulnerável, tem alcoolismo, mas tem drogadição também. Não é aquela coisa, mas tem. (P III e IV)
>
> [...] nosso principal problema de vulnerabilidade é a gravidez, que os índices vêm aumentando. (P III e IV)

Os profissionais consideram como situação de vulnerabilidade os casos de violência e furtos. Em uma das unidades, existe o relato de que estes casos são constantes. Os participantes associam esta condição à dificuldade financeira das famílias e impossibilidade das necessidades básicas dos jovens, o que faz com que procurem alternativas ilegais de sobreviver e passam a vender drogas e consequentemente apelando para ações criminosas. Seguem as falas:

> [...] no meu ver os jovens aqui são muito vulneráveis a cair na vida do crime, os pais não conseguem nem dar de comer pra eles, dar uma roupa ou um calçado, assim desde novos eles começam no crime, nem roubar que eu digo, servindo de "mula" mesmo pra levar de um lugar para o outro o roubo dos outros. Basta eles entrarem, depois não conseguem sair, começam a serem usuários de drogas, aí não tem mais o que fazer, acabam caindo no mundo do crime. Uma coisa vai puxando a outra. Aqui o que o mais tem é a violência, roubo, usuários de drogas. (P V)
>
> Que aqui são elevados os índices de violência. Muito comum, roubo, drogas nesse nosso bairro, inclusive ferimentos por arma branca. (P V)

As questões culturais também são um dos fatores que influenciam em relação à gravidez na juventude como forma da própria autoafirmação de ser mulher na comunidade, de sair de casa, ser dona de casa, com filhos e marido, conforme evidenciado na fala abaixo:

> Na verdade, eu acho que isso é mais uma necessidade de autoafirmação, elas se acham uma pessoa diferente na comunidade, são como as tias, mães e avós. (P V)

Muitas vezes os relacionamentos acabam sendo interrompidos e a alta troca de parceiros pode ser vista nas afirmações dos profissionais:

> [...] elas iniciam muito cedo e trocam muito de parceiro. (P V)
>
> [...] há uma troca de parceiro grande, as adolescentes tem dois filhos com pais diferentes. (P V)

Os profissionais apontam alguns fatores que levam os jovens a essas situações de vulnerabilidade, entre eles a dificuldade de acesso a alguns bens e serviços.

> Eu acho que o que mais contribui para essa vulnerabilidade é o acesso a bens e serviços, por exemplo, aqui não temos uma praça ou um local de lazer, esses jovens acabam se reunindo ou pra beber ou para ficar pelas esquinas, então acho que isso contribui bastante. (P V)

As situações de vulnerabilidade podem ser entendidas como as questões ligadas ao indivíduo e as condições deste em pensar de forma diferente do contexto social nos quais são produzidos. Além disso, percebe-se que as lacunas de acolhimento e responsabilização,

por parte dos serviços de saúde, também acarretam em situações de vulnerabilidade consideradas programáticas e políticas.

4 I DISCUSSÃO

O PSE foi instituído em 5 de dezembro de 2007, por meio do decreto Nº 6.286, visando contribuir para a formação integral dos estudantes das escolas públicas, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As unidades de saúde desenvolvem a criação de vínculo com a escola, auxiliando nas situações de vulnerabilidades e fragilidades (BRASIL, 2015).

As práticas de cuidado dos profissionais na saúde da família, além de realizar a prevenção da gravidez e ISTs, pode desenvolver o papel de ouvintes, buscando escapar do modelo biomédico, dando voz aos sujeitos na participação do cuidado (AYRES, 2009). Na ausência de um diálogo aberto e acolhedor acerca dos temas relativos sexualidade os jovens não procuram a unidade por vergonha e medo (COSTA, QUEIROZ, 2015). Percebe-se a necessidade de atender os jovens de forma integral, conhecendo suas demandas e construindo novos modelos de cuidado. Assim, pode-se unir saberes técnicos e operacionais as tecnologias relacionais e subjetivas (BRUNELLO, 2010).

Independente do motivo que o jovem procura a unidade, este deve ser um momento para promover a saúde, estabelecimento de vínculo, diálogo e responsabilização pelas necessidades que este jovem possui (BRUNELLO, 2010).

A gravidez é um projeto de vida, é visto como algo positivo tanto para a jovem e o seu parceiro, quanto para a família de ambos. Ser mãe remete na autoafirmação do ser mulher, conquistando reconhecimento, autonomia econômica e emocional frente à família de origem (BRANDÃO, 2009).

Algumas jovens preferem constituir família cedo, outras que possuem maior escolaridade mencionam que preferem postergar a união com o parceiro, ter famílias menores, com poucos filhos e tendem a planejar as gestações, e assim fazem uso de métodos contraceptivos com maior frequência e efetividade (ALVES, BRANDÃO, 2009).

O planejamento familiar é um importante espaço de cuidado e tem por objetivo prevenir as gestações indesejadas e de alto risco, planejando maior intervalo entre as gestações e assim, um aumento e melhora na qualidade de vida do casal que decidiu por determinado número de filhos (AMORIN; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

No que se refere à gravidez precoce, as mulheres jovens que apresentam menores níveis de escolaridade e baixa renda econômica, tendem a serem mães mais cedo, por

terem menor acesso a meios contraceptivos e por não terem, em sua maioria, ideia de crescimento profissional e sim o desejo de ser mãe (VILELLA; DORETO, 2006).

Além do desejo de ser mãe, os jovens apresentam outros anseios, como a experimentação das drogas devido à curiosidade e a experimentação do novo. Nas situações de estresse o uso dessas substâncias é intensificado. As situações de vulnerabilidade fazem com que o indivíduo procure drogas e, muitas vezes, a família é apontada como um dos principais fatores para que isso ocorra (DEPRÁ *et al.,* 2011)

Existe associação entre o uso de álcool e drogas com a infecção por HIV, sendo que isso se refere às vulnerabilidades que os jovens vivenciam, além de aumentar as possibilidades de infecção por essa e outras ISTs (BRASIL, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo caracterizou as práticas de cuidado relacionadas ao PSE, grupos de educação em saúde, planejamento familiar, pautadas no modelo de cuidado biomédico. Quanto às situações de vulnerabilidade, a pesquisa revela a gravidez na adolescência, uso de álcool e drogas, a evasão escolar, as relações familiares, casos de violência, a necessidade da autoafirmação do ser mulher, a alta troca de parceiros, resistência no uso de preservativos e dificuldades de acesso aos serviços.

Considera-se importante, o desenvolvimento de relações pautadas no vínculo, acolhimento e na responsabilização entre equipes de saúde e jovens, a fim de construir uma agenda coerente com suas situações de vulnerabilidade. O diálogo é fomentador do encontro de cuidado, sobretudo quando ele é motivador, visto que a motivação aciona um impulso interno para a ação, com ferramentas que subsidiam o desenvolvimento de um senso de empoderamento individual e coletivo com foco nas juventudes e suas vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

ALVES CA, BRANDÃO ER. **Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):661-670, 2009. Acesso em 07 de julho de 2015. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n2/a35v14n2.pdf >.

AMORIN KA, OLIVEIRA LO, PEREIRA CW. **Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: uma experiência no bairro de Mãe Luíza, Natal – RN**. Revista Pesquisa Cuidados Fundamentais. 2012. Acesso em 27 de maio de 2015. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1603/pdf_622 >.

AYRES JRCM. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

BORGES ALV, SHOR N. **Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p. 225-234, 2007.

BRANDÃO ER. **Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 1063-1071, jul.-ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **Decreto Nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa de Saúde na Escola. Acesso em 27 de maio de 2015. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm >.

BRUNELLO MEF et al. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura**, Brasil (1998 - 2007). Acta Paul Enferm 2010;23(1):131-5.

COSTA RF, QUEIROZ MVO, ZEITOUNE RCG. **Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade**. Esc Anna Nery (impr.)2012 ; 16 (3):466-472. Acesso em 24 de junho de 2015.

DALEGRAVE D. **Corporeidade do ser adolescente com câncer na perspectiva da sexualidade**. Porto Alegre: UFRGS,2013. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

DEPRÁ AS et al. **Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família**. Revista Enfermagem centro-Oeste Mineiro. 2011. Acesso em 27 de maio de 2015. Disponível em:< http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/25 >.

FILHO AMS, VASCONCELOS CH, DIAS AC, SOUZA ACC, MERCHAN-HAMANN E, SILVA MRF. **Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes**.Ciênc. saúde coletiva 27 (01) 2022 https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020

HEILBORN M.L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 269-306.

MATIAS CA, SILVA RC, SIMON CP. **Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição**. Psicologia & Sociedade; 23 (1): 103-113, 2011.

RESTA DG. **O adolescer e o cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares**. Porto Alegre: UFRGS,2006. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

VILLELA WV, DORETO DT. **Sobre a experiência sexual dos jovens**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11. p. 2467-2472, nov, 2006.

UNICEF. **Situação da Adolescência Brasileira. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011. 182 p.

CAPÍTULO 8

CUIDADO DESENVOLVIDO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE VIVEM EM UMA CASA LAR

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Yan Vinícius de Souza Schenkel
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/0000-0002-5065-6820

Andressa da Silveira
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/0000-0002-4182-4714

Ivana Sulczewski
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/0000-0003-0484-5417

Eduarda Cardoso de Lima
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/0000-0001-5103-5797

Natalia Barrionuevo Favero
Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Assistente na Instituição Beneficente Lar de Mirian e Mãe Celita. Professora no Sistema Gaúcho de Ensino. Santa Maria, RS.
https://orcid.org/0000-0001-6494-9651

Juliana Portela de Oliveira
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/0000-0003-1131-8631

Francieli Franco Soster
Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós-Graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-1634-0195

Lairany Monteiro dos Santos
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/0000-0001-8099-8381

Juliana Traczinski
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, RS. Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.
https://orcid.org/ 0000-0003-2920-2725

RESUMO: **Objetivo:** conhecer os aspectos que envolvem o cuidado desenvolvido a crianças e adolescentes que vivem em uma Casa Lar. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foram entrevistados 11 profissionais cuidadores que atuam em uma Casa Lar localizada na região central do sul do Brasil, entre os meses de agosto a novembro de 2021, as enunciações foram

submetidas à análise de Bardin. **Resultados:** os participantes trouxeram diferentes aspectos que envolvem o cuidado de crianças e adolescentes no Lar, entre eles a formação de vínculo e a humanização. Contudo, o cuidado desenvolvido pelos profissionais é desafiador diante do desgaste emocional e estressores psicológicos. **Considerações finais:** o cuidado humanizado desenvolvido pelos profissionais do Lar desencadeia sobrecarga, desgaste emocional e acarretam na necessidade de uma rede de apoio psicoemocional para a equipe. Sugere-se, a necessidade de educação continuada, a fim de construir saberes e práticas que potencializem o exercício profissional.
PALAVRAS-CHAVE: Casa Lar; Acolhimento institucional; Profissionais cuidadores.

CARE DEVELOPED IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO LIVE IN A CARE HOME

ABSTRACT: Objective: to know the aspects of the caring in the foster care service for children and adolescents living in a Care Home. **Method:** qualitative research, descriptive and exploratory type, carried out through semi-structured interviews. We interviewed 11 professionals who work in a Nursing Home located in the central region of the state of Rio Grande do Sul, between the months of August and November 2021, the statements were submitted to Bardin's analysis. **Results:** the participants brought up different aspects that involve the care of children and adolescents in the Home, including bonding and humanization. However, the care developed by professionals is challenging in the face of emotional exhaustion and psychological stressors. **Final considerations:** the humanized care developed by care home professionals triggers overload, emotional exhaustion and leads to the need for a psycho-emotional support network for the team. It is suggested the need to offer continuing education, in order to build technical and scientific knowledge that support the professional practice.
KEYWORDS: Care Home; Institutional Shelter; Professional Caregivers;

1 I INTRODUÇÃO

O acolhimento institucional de crianças e adolescentes configura-se como uma medida protetiva constituída e prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), devendo ser aplicada sempre que os direitos da criança ou adolescentes forem ameaçados ou violados. Conforme ECA, a partir do momento em que crianças e adolescentes precisam ser afastados do convívio familiar, eles precisam ser protegidos integralmente pelo Estado e pela sociedade civil, os quais, têm o dever de lhes garantir um ambiente de acolhimento propício a um desenvolvimento saudável (MEDEIROS, 2018; VALIN et al., 2021).

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), atualmente no Brasil, existem aproximadamente mais de 30 mil crianças e adolescentes em situação de acolhimento. A região Sul é a segunda maior em número de acolhidos, com cerca de sete mil crianças e adolescentes, ficando atrás somente da região Sudeste, que conta com pouco menos de 15 mil. O Rio Grande do Sul, por sua vez, conta com quase duas mil crianças e adolescentes

vivendo em acolhimentos institucionais, destes, 52% são do sexo masculino e 48% do sexo feminino. Em relação a cor, 44,8% não são informados, 33,8% são brancos, 14,1% pardas e 7% são da cor preta (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022).

Entre as modalidades de acolhimento institucional existentes, as denominadas Casa Lar, são caracterizadas como um serviço ofertado em unidade residencial de natureza provisória e excepcional que deve possuir em seu quadro de colaboradores, profissionais, geralmente educadores ou cuidadores para o auxílio de atividades diárias. Diferente dos abrigos institucionais que abrigam até vinte indivíduos, a Casa Lar é responsável por acolher até dez crianças ou adolescentes entre zero a dezoito anos sob medida protetiva (INSTITUTO FAZENDO HISTÓRIA, 2018).

As crianças e adolescentes que residem em Casa Lar são consideradas institucionalizadas e são frutos de trajetórias de vida marcadas por desordens familiares, psicológicas, emocionais e comportamentais. Dentre tais situações, evidenciam-se principalmente questões de desigualdade social, vínculos afetivos frágeis, acesso precário às condições básicas de vida, violência, abandono e drogadição. Para Valin (2021), os jovens que vivenciam situações de vulnerabilidade, abandono e falta de proteção familiar devem ser encaminhados para um local de proteção que satisfaça suas demandas até a possibilidade de reintegração social ou familiar. Sendo assim, as instituições de acolhimento são projetadas para fornecer um ambiente seguro, contando com a atuação de profissionais cuidadores fundamentais no processo de acolhimento .

Nesse sentido, o processo de acolhimento institucional é uma situação que causa mudanças na rotina, no ambiente e nas relações interpessoais de crianças e adolescentes prejudicando, por vezes, seu pleno desenvolvimento. É nesse momento em que se expressa a importante função dos cuidadores, que representam um papel central na vida desses jovens, os protegendo e orientando a partir de vínculos afetivos. Paralelamente, percebe-se que para além das implicações ocasionadas pela institucionalização nos acolhidos, os cuidadores também encontram dificuldades em circunstâncias relativas ao trabalho com essa população, o que interfere diretamente na qualidade da assistência (GABATZ, 2019).

Em vista disso, para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes deixadas sem cuidados parentais, bem como a qualidade dos serviços prestados, é importante a existência de treinamentos e educação continuada voltados para a capacitação de cuidadores, com vista a resolutividade dos desafios emergentes da institucionalização. A literatura internacional apresenta que os centros de acolhimento institucional têm sua eficiência revelada pelos funcionários que neles trabalham por meio da motivação, cooperação e apoio às atividades desenvolvidas (GENIENĖ e NEDVECKA, 2021).

Frente a essas premissas, este estudo objetivou conhecer aspectos que envolvem o cuidado desenvolvido a crianças e adolescentes que vivem em uma Casa Lar.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória, realizada por meio de entrevista semiestruturada. O cenário do estudo foi uma Casa Lar localizada na região central do sul do Brasil.

A Casa Lar é responsável por receber crianças e adolescentes em regime de proteção especial, classificada como Organização Não Governamental (ONG), que conta com aproximadamente 60 profissionais, divididos entre os que atuam diretamente no cuidado das crianças e adolescentes e aqueles que colaboram com as questões administrativas e organizacionais da instituição.

Para a seleção dos participantes do estudo, estabeleceu-se como critérios de inclusão atuar na Casa Lar, desenvolver cuidados na vivência do acolhimento de crianças e adolescentes, ter pelo menos cinco meses de trabalho na instituição. Foram excluídos do estudo os profissionais que estivessem de férias ou em licença saúde no período da coleta de dados.

A produção de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada composta por 13 perguntas e roteiro de caracterização. Após o aceite institucional, o pesquisador responsável pela pesquisa entrou em contato com a diretora responsável da Casa Lar, a qual, indicou os possíveis grupos disponíveis e dispostos a participarem do estudo. Para tanto, foi realizado contato por meio de mensagens e ligações telefônicas, para o convite de participação.

Devido ao período pandêmico, as entrevistas foram realizadas de forma remota por meio da Plataforma Google Meet ®. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 a 50 minutos e foram encerradas quando os dados se tornaram recorrentes, sendo utilizado o critério de saturação de dados (MINAYO, 2014) o *corpus* do estudo foi composto por 11 entrevistas.

As enunciações foram duplamente transcritas, na íntegra pelo pesquisador e duas auxiliares de pesquisa e posteriormente submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016).

O estudo é congruente com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e teve seu início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em março de 2021 sob

parecer nº 4.594.243 e CAAE 43938721.9.0000.5346. Foi preservado o anonimato dos participantes, deste modo utilizou-se a letra “P” (referente a participante) acompanhada por um código alfanumérico aleatório (P1, P2, P3... P11).

3 l RESULTADOS

O estudo foi composto por 11 profissionais cuidadores, todas do sexo feminino, que atuam diretamente no cuidado de crianças e adolescentes na Casa Lar. O tempo de serviço variou de cinco meses a 12 anos de atividades laborais. Dentre as participantes estão cinco educadoras sociais (45,5%), duas profissionais de enfermagem (18,2%), duas auxiliares de educador social (18,2%), uma profissional pedagoga (9%) e uma profissional assistente social (9%). Quanto à faixa etária, seis possuíam entre 50 e 60 anos (54,5%), três entre 30 e 40 (27,3%) anos e duas declararam ter idade entre 40 e 50 anos (18,2%).

A partir da análise do *corpus* da pesquisa, elencaram-se duas categorias temáticas, que serão descritas a seguir.

O cuidado no serviço de acolhimento na voz de profissionais cuidadores

Os profissionais cuidadores revelam que o entendimento sobre o serviço no acolhimento de crianças e adolescentes dentro da Casa Lar envolve questões relacionadas ao cuidado humanizado, estreito às necessidades de vínculo e afeto com os acolhidos.

> “[...] É estar preocupada com eles, se eles estão bem, se eles estão comendo bem, aquele cuidado especial como se fosse uma mãe.” (P2)
>
> “O acolhimento é a maneira que tu recebes (a criança ou adolescente) lá na casa, o jeito que tu recebes, o modo de falar. [...] Tendo calma, tendo amor, demonstrando carinho, afeto, eu acho que isso é acolhimento.” (P6)
>
> “[...] É ter este olhar mais amplo a todos os aspectos de criança e adolescente, ou seja, saúde, aspectos psíquico, físico e permear por todos caminhos.” (P9)
>
> “[...] É também a alimentação, o vestir, o levar para escola. É todo um cuidado global diante desta criança ou adolescente. (P10)
>
> “[...] É amar, é explicar o que é certo ou errado. Na maioria das vezes, eles vivem uma situação bem complicada mesmo, aí com o passar do tempo e as conversas conosco, eles vão entendendo e vão entrando naquele ritmo [...]” (P11)

As enunciações afirmam a necessidade do cuidado e aproximação com demonstração de sentimentos por meio de carinho, amor e confiança para com as crianças e adolescentes diante das atividades diárias que fazem parte do cuidado dos acolhidos.

Assim, fica explícito a importância de profissionais qualificados para orientar, informar e esclarecer sobre as histórias de vida, o papel do cuidado diante do processo de

adaptação no serviço de acolhimento.

> "Eu caí verde aqui, mas aqui a gente tem muita ajuda das colegas antigas, então tu vais aprendendo. A equipe, ela explica para a gente como que é o acolhimento." (P2)

A Casa Lar tem por objetivo acolher e preservar pelo bem estar das crianças e adolescentes, assim, deve ser também, um ambiente que favoreça as condições de trabalho e de cuidado. Os profissionais cuidadores esclarecem que para as crianças e adolescentes além de ser um ambiente novo e/ou desconhecido existe a necessidade de também ser um local organizado para recebê-las:

> "Então, o acolhimento quando eles chegam pra nós a conselheira explica a situação, eles contam a parte deles, são levados para o banho onde é analisado se eles estão bem, se eles não estão agredidos, não tem sinais de violência e tudo isso é passado pra equipe. A gente tem lá uma equipe bem completa, psicólogos, assistentes sociais, então é muito organizado." (P1)
>
> "[...] O acolhimento acontece por praticamente todas as pessoas que estão no lar, todos precisam conhecer um pouquinho daquele ser que está entrando [...]" (P8)

Outros profissionais enunciam que o serviço de acolhimento é envolto por demandas espontâneas para o desenvolvimento do cuidado, não permitindo a configuração de uma rotina programada para as ações, sejam em saúde, educacionais ou sociais.

> "[...] A gente se programa, mas tu chegas aqui e é completamente diferente. Você nunca vai chegar no teu dia e as coisas vão estar igual quando você deixou no outro dia, de jeito nenhum..." (P2)
>
> "[...] Faz quinze anos que eu estou aqui, mas cada dia a gente aprende uma coisa nova [...]" (P3)
>
> "[...] A demanda surge conforme o dia, conforme as situações deles, não podemos dizer que vai acontecer isso e isso, a gente não tem essa autonomia para prever o que irá acontecer durante o dia..." (P4)
>
> "[...] Cada criança que chega é um desafio, não deixa de ser um desafio. Porque a gente não sabe que vida está vindo para nós." (P8)
>
> "Todo dia é novo. Todo dia você tem que recomeçar. Não é aquela coisa assim que você sai de casa já sabe o que está te esperando. Não! Cada dia é um trabalho diferente..." (P10)

A demanda espontânea é evidente desde o conhecimento da história de vida das crianças e adolescentes até os momentos da inserção delas nas atividades que são de direito previstas na legislação.

Alguns profissionais trazem em seus discursos, que vivenciar as atividades de uma casa lar emerge grande variedade de sentimentos, sejam de alegrias ou de comoções. Isso

ocorre diante da realidade vivida e ou pelas situações que os acolhidos dispõem ao chegar até a instituição.

> "[...] O primeiro sentimento que eu tenho é de empatia pelos outros, empatia pela vida dos outros, sabe? Pela história de vida daquela outra pessoa e também muita resiliência..." (P1)
>
> "Vários sentimentos. É de felicidade quando você consegue fazer um trabalho com bom resultado e é um sentimento de tristeza quando você se depara com situações muito tristes." (P3)
>
> "[...] Porque quando eles vêm pro acolhimento institucional eles ficam no acolhimento por muito tempo, então isso é uma tristeza. [...] Separar crianças e adolescentes de mãe, de pai, de tio, de tia, da sua família é muito triste." (P9)
>
> "Você passa por todos os momentos, então nós temos que estar preparadas psicologicamente, ser forte pra poder participar de cada momento da vida de cada um." (P10)
>
> "[...] A gente se apega, tem um carinho, quer que a coisa funcione e que eles estejam bem mesmo. A gente faz de tudo para eles se sentirem bem, bem mesmo." (P11)

Atuar na Casa Lar no cuidado de crianças e adolescentes permite aos profissionais expressar a variabilidade de situações presentes neste tipo de atividade laboral.

Desafios no cuidado com crianças e adolescentes em acolhimento

O trabalho na Casa Lar é desafiador, perpassa por situações complexas e exige dos profissionais a necessidade de estar preparado para enfrentar essa realidade. Além disso, é imprescindível estabelecer contatos e buscar por uma rede de apoio que impere as indigências dos acolhidos.

Por se tratar de crianças e adolescentes provenientes de um contexto de vulnerabilidade social, que experienciaram a pobreza, a violência, a drogadição, a fome e qualquer tipo de negligência, os profissionais enfrentam em seu cotidiano diversos desafios no processo de acolhimento. As enunciações a seguir fazem alusão as situações supracitadas.

> "[...] Eu presenciei aqui adolescentes que quando a gente ia servir o almoço reclamavam da comida, que a comida é isso que a comida é ruim e não sei o que, e jogando a comida fora..." (P1)
>
> "A realidade do acolhimento vai muito além. Tem a ver com pessoas, tem a ver com relacionamentos, com frustrações." (P2)
>
> "[...] A gente também tem um respaldo bem grande, porque você lida diretamente com frustrações... porque tu aprendes bastante com as crianças. Você vê coisas que você nem imagina, então a gente se comove muito." (P4)

> “[...] Eles acabam fugindo, ficam dias fora de casa e voltam depois. Para mim, essa é a dificuldade maior.” (P8)
>
> “[...] Tem que saber chegar. Se você for com violência ou falar muito alto ou gritar, você perde.” (P10)

Os profissionais encontram no trabalho situações distintas das vividas no seu contexto familiar e são capazes de se sensibilizar para prestar o cuidado, encarando isso como desafio diário. Além disso, revelam que são capazes de aprender com as situações vividas, romper barreiras, superar as fragilidades para seguir em frente com o cuidado das crianças e adolescentes acolhidos.

Em outros momentos, percebe-se que os desafios do trabalho estão envoltos de algumas situações como as de violência, descritas nas falas a seguir:

> “E eu já sabia, ele (o adolescente) subia as escadas com o peito armado assim e eu dizia: “-Meu Deus! Ele vai fazer alguma coisa!” Aí eu chamava a outra minha colega.” (P11)
>
> “[...] Então tem horas que te dá um certo medo, dependendo do adolescente dá um certo medo.” (P8)

São situações que exigem reflexão sobre os atos vividos para poder superá-los. Isso é confirmado pela fala de outro profissional que relata a consciência que alguns acolhidos apresentam de reconhecer o erro e compreender que o respeito ao profissional cuidador deve estar acima de atitudes incorretas.

> “Mas aí quando eles são assim, um pouco mais ríspidos com a gente, depois eles vêm pedir desculpas”. (P11)

Além das violências, outros profissionais trazem que as dificuldades financeiras, estruturais e a falta de apoio que a Casa Lar apresenta para manter o cuidado das crianças e adolescentes, como é expressado nas falas a seguir.

> “[...] A nossa dificuldade maior é a questão que o lar ele é filantrópico, ele vive de doações. A parte financeira, a gente não consegue levar certas coisas para eles em função disso.” (P8)
>
> “A gente está sempre em construção, caminhamos 10 passos, damos 5 para trás.” (P9)

Destaca-se que mesmo diante de todos os desafios, ainda existem incertezas no processo de cuidar de crianças e adolescentes no acolhimento institucional, pois cada acolhido traz consigo uma história de vida que deverá ser preservada dentro da Casa Lar.

O desafio do serviço e dos profissionais cuidadores está voltado não para a solução dos problemas, mas sim para preservação dos direitos das crianças e adolescentes. Neste

processo é necessário compreender as circunstâncias e a bagagem de vida dos acolhidos, com a finalidade de ofertar apoio e cuidado.

4 I DISCUSSÃO

O acolhimento é uma medida extrema que faz com que o trabalho desenvolvido na Casa Lar seja complexo e delicado, em virtude de atuar no cuidado e acolhimento de crianças e adolescentes que se encontram em um contexto de risco e vulnerabilidade social (FONSECA, 2017).

O papel do profissional em uma Casa Lar se mostra desafiador, visto que está diretamente relacionado a situações de violência, tristeza e abandono, fazendo com que seja necessária a empatia, bem como a humanização no acolhimento, com o intuito de suprir as amplas demandas de cuidado apresentadas por essas crianças e adolescentes (BASSOLI *et al*., 2020). Este fato evidencia-se nas falas de alguns participantes e é corroborado por Gonçalves et al. (2021), o qual afirma que as ações devem ser realizadas de maneira humanizada e singular às necessidades de cada indivíduo.

Nessa perspectiva, é imprescindível que os profissionais estabeleçam uma relação que objetiva o aprimoramento dos valores éticos e morais destas crianças e adolescentes, ao mesmo tempo que estabelecem vínculos baseados na compreensão e afeto, a fim de reparar e reestruturar o desenvolvimento psíquico desta população, tal como suprir suas necessidades físicas, emocionais e psicológicas (ITO; AZEVÊDO, 2021; GONÇALVES *et al.,* 2021).

Alguns participantes relatam que o acolhimento de crianças e adolescentes, deve ocorrer de modo afetivo e ampliado, falas essas que são corroboradas com um estudo desenvolvido com educadores de instituições de acolhimento da região metropolitana de São Paulo, os quais destacam a importância de se tratar os acolhidos com afeto e carinho, buscando compreender e significar as realidades desses indivíduos, os quais mesmo possuindo suas necessidades básicas atendidas, experienciam a falta do amor da família de origem, fato este que os causa inúmeros prejuízos (COSTA *et al*., 2018).

As situações que as crianças e os adolescentes vivenciam antes de chegar na Casa Lar são diferentes das vividas pelos profissionais cuidadores, por vezes na mesma fase que um dia tiveram a idade deles. Dessa forma, é demonstrada a necessidade de procurar conhecer a realidade de cada criança e adolescente acolhido para que se aplique um cuidado voltado ao desenvolvimento integral dessa população possibilitando o crescimento pessoal e preparo para a vida externa à Casa Lar (COSTA *et al*., 2018).

Nesse sentido, vale ressaltar a importância do desenvolvimento de ações voltadas para amparo aos profissionais cuidadores nessas instituições onde tenham o estímulo que vise o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para compreender a situação vivenciada por cada criança ou adolescente objetivando conduzir de modo menos traumático possível a experiência de se residir em uma instituição de acolhimento (GONÇALVES *et al.*, 2021).

Para além da capacitação da equipe, fundamentada no conhecimento teórico, se faz necessário a manutenção de um bom relacionamento entre os profissionais cuidadores, possibilitando o compartilhamento de troca de saberes empíricos e um ambiente de diálogo entre a equipe. A partir disso é capaz de potencializar o cuidado multidisciplinar desenvolvido na Casa Lar, bem como atuar como uma rede de suporte entre colegas para lidarem com as mobilizações emocionais vivenciadas em seu cotidiano (FURTADO, 2019).

Enfatiza-se, a importância de uma rede de apoio para os profissionais cuidadores, uma vez que a exposição dos mesmos às situações de violência, comportamentos e histórias dos institucionalizados e as dificuldades presentes, sejam elas financeiras ou estruturais, podem ocasionar sobrecarga e estresse psicológico. Tal desgaste emocional é perceptível, principalmente, no momento de desligamento da criança ou adolescente da instituição, já que os profissionais constroem uma relação afetiva com estes e, muitas vezes, cumprem o papel de família (MEDEIROS; MARTINS, 2018).

Com base nos discursos dos participantes desta entrevista, é revelada a necessidade de se existir no contexto do acolhimento o cuidado por parte dos profissionais não apenas focado em práticas e técnicas específicas, mas também, envolto pela epistemologia contida no ambiente institucional. Crianças e adolescentes acolhidos necessitam de um cuidado amplo, múltiplo e diversificado com base na assistência em saúde. Recomenda-se a produção de mais pesquisas na enfermagem relacionadas a essa temática, no objetivo de gerar maior significância ao papel do profissional que atua no cuidado e acolhimento de crianças e adolescentes em Casa Lar.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados deste estudo constatou-se que o cuidado de crianças e adolescentes que vivem em Casa Lar está pautado no trabalho humanizado, na criação de vínculo, desenvolvido pelos profissionais que atuam no acolhimento. Os cuidados de crianças e adolescentes precisam possibilitar o fortalecimento de vínculos permeados pela empatia, sensibilidade, acolhimento e atenção.

Ainda, verificou-se que as atividades laborais destes profissionais os colocam frente a frente com uma sobrecarga e desgaste emocional, pois estão expostos diariamente a situações que demandam atenção cognitiva, afetiva e organizacional, além de habilidades em resoluções de conflitos. Com isso, é evidenciado a necessidade de uma rede de apoio psicoemocional para auxiliar os trabalhadores frente aos seus desafios diários no trabalho em Casa Lar, refletindo em uma assistência qualificada aos acolhidos.

Sugere-se, a necessidade da oferta de educação continuada, a fim de construir saberes técnicos e científicos que sustentem o exercício profissional para atuar com crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Que as temáticas que contemplam o acolhimento institucional sejam debatidas no processo formativo de cuidadores, bem como a ampliação de pesquisas e práticas extensionistas que tenham como eixo central o cuidado de crianças e adolescentes em acolhimento. Como limitações deste estudo, destaca-se que o mesmo teve como cenário de pesquisa uma única instituição, não sendo possível generalizações.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** / Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro – São Paulo: Edições 70, 2016.

BASSOLI, E. N.; FIGUEIREDO, V. C. N. **Desafios do trabalho de educadoras sociais em casas de acolhimento.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 15, n. esp3, p. 2396–2410, 2020. DOI: 10.21723/riaee.v15iesp3.14448. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/14448. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento.** 2022. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/. Acesso em 19 jun. 2022.

COSTA, C. F. et al. **Entre a instituição e o lar: uma odisseia com educadores.** Pesqui. prát. psicossociais, v. 13, n.1, p.1-15, abr. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2022.

FONSECA, P. N. **O impacto do acolhimento institucional na vida de adolescentes.** Rev. psicopedag., São Paulo, v. 34, n. 105, p. 285-296, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103848620170003000006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 jun 2022.

FURTADO, M. P. **Profissionais do acolhimento institucional: a atuação perante a chegada de uma criança.** Mudanças [online]. 2019, vol.27, n.1, pp. 11-20. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692019000100002&lng=pt&nrm=iso

GABATZ, R. I. B.; SCHWARTZ, E.; MILBRATH, V. M. **O cotidiano do trabalho do cuidador da criança institucionalizada.** Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 88, n. 26, 2019. Disponível em: https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/389. Acesso em 19 jun. 2022.

GENIENĖ R., & NEDVECKA J. **Centros de Atenção e Cuidadores Profissionais: do Projeto a uma Política Social Sustentável de Cuidados Infantis.** Socialinė Teorija, Empirija, Politika Ir Praktika, 23, 68-83. 2021. Disponível em: https://www.journals.vu.lt/STEPP/article/view/22508/24486. Acesso em 19 jun 2022.

GONÇALVEZ, F. P. et al. **O trabalho em uma instituição de acolhimento a crianças e adolescentes: relato de experiência.** Brazilian Journal of Health Review, v.4, n.4, p.18139-18150 jul/aug. 2021. Disponível em: < 10.34119/bjhrv4n4-288>. Acesso em 21 jun. 2022.

INSTITUTO FAZENDO HISTÓRIA. **As modalidades de acolhimento no Brasil, suas especificidades e diferenças.** 2018. Disponível em: https://www.fazendohistoria.org.br/blog-geral/2018/5/9/as-modalidades-de-acolhimento-no-brasil-suas-especificidades-e-diferenas. Acesso em 19 jun 2022.

ITO, S. I.; AZEVEDO, A. V. S. **Educadores sociais em abrigos destinados a crianças e adolescentes: revisão sistemática.** Contextos Clínic [online], vol.14, n.1, p. 276-303, 2021. Disponível em: <10.4013/ctc.2021.141.13> Acesso em 21 jun. 2022.

MEDEIROS, B. C. D.; MARTINS, J. B. **O Estabelecimento de Vínculos entre Cuidadores e Crianças no Contexto das Instituições de Acolhimento: um Estudo Teórico.** Psicologia: Ciência e Profissão [online]. Jan/Mar. 2018. 38(1), 74-87. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703002882017. Acesso em 19 jun. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

VALIN, T. A. F.; ROCHA, G. V. M. da. **Intervenções com crianças e adolescentes em acolhimento institucional: uma revisão sistemática.** Psicologia Argumento [online]. 2021. 39(103), 75–97. Disponível em: https://doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO04. Acesso em 18 jun. 2022.

CAPÍTULO 9

TRAJETÓRIAS DE ADOLESCENTES QUE VIVEM EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 15/07/2022.

Tainara Giovana Chaves de Vargas
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Curso de Enfermagem
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-8272-9473

Andressa da Silveira
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-4182-4714

Juliana Portela de Oliveira
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde– Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade. Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0003-1131-8631

Francieli Franco Soster
Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós-Graduação Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-1634-0195

Lairany Monteiro dos Santos
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Curso de Enfermagem
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-8099-8381

Juliana Traczinski
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Curso de Enfermagem
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/ 0000-0003-2920-2725

Natlia Barrionuevo Favero
Assistente na Instituição Beneficente Lar de Mirian e Mãe Celita. Professora no Sistema Gaúcho de Ensino.
Santa Maria – Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-6494-9651

Eslei Lauane Pires Cappa
Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Curso de Enfermagem
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
http:// orcid.org/0000-0002-6214-7548

RESUMO: A adolescência, compreende período entre 10 a 19 anos, sendo uma etapa de desenvolvimento cognitivo, biológico e psicossocial. Neste período os direitos dos adolescentes devem ser assegurados pela sua família, sociedade e Estado. No entanto, em algumas situações os direitos desses indivíduos são negligenciados, ocasionando a necessidade de acolhimento institucional de forma provisória. Este estudo objetiva conhecer a trajetória de adolescentes que vivem em acolhimento institucional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e participativa, conduzida pelo Método Criativo Sensível, sendo utilizado a plataforma *Google Meet*®, para a produção dos dados. Os participantes foram 16 adolescentes entre 10 e 17 anos, acolhidos em uma instituição da região central do sul do Brasil. Os achados revelam que os adolescentes foram expostos a situações de violações e violências pela própria família, levando ao rompimento dos vínculos familiares e afetivos.

Do mesmo modo, esses adolescentes já fizeram ou fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas, as quais estão principalmente ligadas ao contexto familiar e são fornecidas por pessoas mais próximas. O estudo revelou que a institucionalização fragiliza as relações familiares. De modo que, as instituições são estratégias de proteção que o poder judiciário utiliza para afastar as crianças e adolescentes de um ambiente desfavorável às medidas de proteção.
PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes. Institucionalização. Proteção ao Adolescente. Relações Familiares. Uso de substâncias.

TRAJECTORIES OF ADOLESCENTS WHO LIVE IN INSTITUTIONAL RECEPTION

ABSTRACT: Adolescence, the period between 10 and 19 years old, is a stage of cognitive, biological and psychosocial development. In which the rights of adolescents must be guaranteed by their family, society and the State. However, in some situations the rights of these individuals are neglected, resulting in the need for temporary institutional care. This study aims to know the trajectory of adolescents who live in institutional care. This is a qualitative, descriptive and participatory research, conducted by the Sensitive Creative Method, using the Google Meet® platform to produce the data. The participants were 16 adolescents between 10 and 17 years old, sheltered in an institution in the central region of southern Brazil. The findings reveal that the adolescents were exposed to situations of violations and violence by their own families, leading to the rupture of family and affective bonds. In the same way, these adolescents have already used or are using licit or illicit drugs, which are mainly linked to the family context and are provided by people closest to them. The study revealed that institutionalization weakens family relationships. So, institutions are protection strategies that the judiciary uses to keep children and adolescents away from an environment unfavorable to protection measures.
KEYWORDS: Adolescent. Institutionalization. Adolescent Protection. Family Relations. Substance Use.

1 I INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido, entre 10 e 19 anos de idade, fase em que o indivíduo desenvolve seus aspectos cognitivos, biológicos e psicossociais, mediante influências das relações estabelecidas e dos ambientes em que está inserido (OMS, 2009; FONSECA, 2017). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as crianças e adolescentes devem ter seus direitos assegurados a fim de que seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social ocorra em condições de liberdade, dignidade e livre de discriminações (BRASIL, 1990).

Entretanto, em algumas situações os direitos desses indivíduos são negligenciados pelo seu grupo familiar, sociedade e/ou Estado, ocasionando assim a necessidade do afastamento destas crianças e adolescentes do seu grupo familiar, por meio do processo de

institucionalização, o qual consiste em uma medida de proteção, provisória e excepcional, prevista pelo ECA (BRASIL, 1990).

No Brasil, o processo de institucionalização, teve seu início ainda no período colonial, onde existiam diversas instituições com a função de cuidar e abrigar crianças e adolescentes, que não possuíam condições de permanecer em seu grupo familiar. Essas instituições, apresentavam caráter religioso, baseado na compaixão e caridade, de modo que os direitos e deveres dos indivíduos acolhidos não eram reconhecidos (BRASIL, 2009a; MEDEIROS; MARTINS, 2018).

Todavia, a partir da promulgação do ECA, observa-se a construção de novas medidas para o acolhimento institucional de crianças e adolescentes retirados da convivência familiar, mediante a criação de legislações, planos, normativas e suas atualizações subsequentes, de forma a contribuir para a garantia integral dos direitos desses sujeitos, em situação de vulnerabilidade social (ACIOLI et al., 2018).

Os serviços de acolhimento podem ser classificados em três principais modalidades, são elas: abrigos institucionais, que acolhem até 20 crianças e adolescentes e contam com cuidadores/educadores trabalhando em turnos fixos diários; casas lares, que acolhem até 10 crianças e adolescentes e os cuidadores/educadores moram na casa; e serviços de acolhimento familiar, que são ofertados em residências de famílias acolhedoras, com acompanhamento da Assistência Social (ACIOLI et al., 2018; MEDEIROS; MARTINS, 2018).

O acolhimento institucional, se configura como uma medida provisória, e deve ocorrer somente quando esgotadas todas as alternativas de permanência no núcleo familiar de origem. De acordo com a Lei 12.010/09, a permanência da criança/adolescente em programa de acolhimento institucional deverá ser reavaliada a cada seis meses, não devendo se prolongar por mais de dois anos, a não ser que haja necessidade, devidamente fundamentada pela autoridade judiciária (BARROSO; PEDROSO; CRUZ, 2018; BRASIL, 2009b).

Ademais, o local de acolhimento precisa favorecer o desenvolvimento da criança e do adolescente, proporcionando cuidado e proteção, além de ofertar um plano individual de atendimento que vise atender as singularidades de cada indivíduo, mediante o acompanhamento multiprofissional (FONSECA, 2017).

Ressalta-se ainda, que a família tem grande influência no desenvolvimento dos adolescentes, frente a transferência de valores culturais, éticos, morais e sociais, podendo assim atuar como fator de risco ou proteção para esses indivíduos. Dessa forma, no momento em que o grupo familiar se encontra em situação de vulnerabilidade, o adolescente pode

buscar uma possibilidade que atenue sua condição de desamparo, como por exemplo, o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas (BELL'AVER; RUZZI-PEREIRA, 2020; ALMEIDA, 2018).

Perante o exposto, este manuscrito objetiva conhecer a trajetória de adolescentes que vivem em acolhimento institucional. Neste sentido, questiona-se: De que forma é constituída a trajetória de adolescentes que vivem em situação de acolhimento?

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e participativa, conduzida pelo Método Criativo e Sensível (MCS), tendo a produção de dados desenvolvidos pela Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS) denominada Mapa Falante (CABRAL, 1998).

A produção de dados ocorreu em uma instituição de acolhimento localizada na região central do sul do Brasil, a qual abriga crianças e adolescentes entre 0-18 anos de idade incompletos, que se encontram em situação de vulnerabilidade social e/ou apresentam risco de ter seus direitos rompidos.

Participaram deste estudo 16 adolescentes com idades entre 10 e 17 anos, que residem na instituição de acolhimento. Adotou-se como critério de inclusão: possuir idades entre 10 e 18 anos incompletos e o público acolhido pela instituição, estar institucionalizado há pelo menos um mês, com condições cognitivas para verbalizar e participar da DCS.

Devido ao período pandêmico e a impossibilidade de realizar a produção de dados de forma presencial, foi utilizado a plataforma *Google Meet*®. Os dados foram produzidos no período de agosto a setembro de 2021, a partir da seguinte Questão Geradora de Debate (QDG): **Quais suas vivências e trajetória até ser acolhido na Casa Lar?**

Para isso, utilizou-se a DCS Mapa Falante construída a partir de uma apresentação de slides no programa *Microsoft® Power Point*, no qual o participante foi representado por uma figura no centro e as pessoas, lugares e elementos que fazem parte de seu cotidiano, representadas por figuras ao seu redor.

A fim de extrair o máximo de informações, optou-se pela DCS ser realizada de modo individual. As enunciações foram gravadas e os áudios submetidos à dupla transcrição em documento *Microsoft® Word* e, posteriormente, submetidos à Análise de Discurso (AD) na corrente francesa, proposta pelo filósofo francês Michel Pêcheux e sistematizada, no Brasil, por Eni Orlandi (2009).

Este estudo seguiu os aspectos éticos descritos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Foi assinado pelo tutor legal do adolescente o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma via para o tutor e outra para a pesquisadora. Do mesmo modo, o Termo de Assentimento foi assinado pelos adolescentes, sendo uma via entregue ao participante e outra mantida com a pesquisadora responsável. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM), por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número 43938721.9.0000.5346 e parecer número 4.594.243.

Os participantes foram identificados com a letra "A", referente a adolescente, seguido, por uma sequência numérica correspondente a ordem das dinâmicas (A1, A2, A3...A16).

3 I RESULTADOS

Participaram do estudo 16 adolescentes, sendo nove do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idades entre 10 e 17 anos. Em relação ao ano de acolhimento, (10) dos adolescentes foram institucionalizados em 2021, (6) entre 2020 a 2019. Ressalta-se que essa é data da última institucionalização, pois alguns já passaram por esse processo outras vezes, mas a reintegração familiar não foi bem-sucedida.

A partir da análise realizada do *corpus* do estudo, emergiram duas categorias analíticas denominadas: "Trajetórias formadas por vínculos familiares fragilizados" e "Uso de álcool e drogas na trajetória de adolescentes". As quais, estão descritas a seguir:

Trajetórias formadas por vínculos familiares fragilizados

Os adolescentes participantes do estudo enalteceram trajetórias formadas por vínculos familiares fragilizados, a partir de situações de violência e abandono familiar, os quais são determinantes para sentimentos negativos em relação a suas famílias.

> ''Eu não tenho contato com meus pais. Na verdade, quando eu era bebezinho eles me abandonaram no hospital. [...] Não tenho vontade de falar sobre meus pais!'' (A2)
>
> ''Minha mãe tentou me matar e tive que sair de casa. [...] É um vínculo que não existe // nunca existiu vínculo com ela. [...] Também tive que me afastar da minha irmã. [...] Não é exatamente um vínculo rompido, porque um vínculo rompido teria que ter a escolha de romper e a questão da minha irmã eu não queria romper o vínculo, mas foi necessário, entendeu?! Foi uma necessidade.'' (A12)
>
> ''[...] Ela me batia (mãe), e também batia nos meus irmãos. Assim, os vizinhos denunciaram e a gente veio pro Lar...'' (A13)

As enunciações dos participantes evidenciam que a violência permeia o ambiente familiar, sendo que esses conflitos muitas vezes são o motivo da institucionalização. Ao

romper o vínculo com a família, o adolescente se distancia também do grupo familiar ampliado.

> [...] Depois que eu vim pra cá, não vi mais ninguém... Eu ainda sinto falta de casa, né? (A14)
>
> [....] É complicado, porque em casa era muito ruim. Sofrer a violência, então a gente vê que isso não é família. E depois disso, não vi ninguém! (A15)

Não só a violência como também a presença de vícios e patologias estão presentes nas trajetórias dos adolescentes, levando a um contexto de vulnerabilidade que impacta no processo de manutenção do vínculo, enfraquecendo-o.

> ''Com minha mãe o vínculo é fraco. Ela está internada por alcoolismo e depressão. [...] Do meu pai não tenho nem notícia. É um vínculo rompido.'' (A4)
>
> ''Ah, // eu acho que o vínculo não existe! Depois de vir pra cá (Lar) eu não vi ela... Então a gente não tem notícias!'' (A13)
>
> ''[...] Ah, não tem mais vínculo. Porque as pessoas que fazem parte do meu dia a dia estão aqui, são as tias, os educadores, quem cuida gente! Então de família, não tem vínculo.'' (A14)

A situação de vulnerabilidade em que os adolescentes estavam vivenciando, constitui um fator agravante para a fragilização das relações familiares, sendo que a desestruturação do núcleo familiar também é motivo para o afastamento e surgimento da dúvida em relação a um possível retorno ou aproximação.

Todavia, os adolescentes sabem da importância da família, mas compreendem a necessidade de afastamento do grupo familiar. Percebe-se nos discursos a seguir, que os sentimentos de perda geram saudade mantendo a importância da família na rede de apoio.

> ''Eu tenho saudade da minha mãe. Eu não a vejo desde que ela foi ... Hum... desde que eu vim pro Lar eu não a vi mais. [...] Eu acho importante pra mim, mas não sei se quero ver ela de novo!'' (A9)
>
> ''Bom não é. Mas foi necessário pela nossa proteção também. Às vezes, é melhor não ver. Mas sinto saudades...'' (A14)
>
> "É bem complicado, pois longe assim.../// eu superei. Tem muitos traumas, dores, coisas que uma mãe não faz. Eu acho que foi bom estar aqui para estar segura. Não sei se um dia vou voltar...'' (A16)

Os adolescentes relatam a falta do convívio familiar, mas devido às experiências traumáticas preferem manter o vínculo rompido ao invés de retornar para o ambiente de incertezas e inseguranças novamente.

Desta forma, os achados revelam que os adolescentes possuem uma rede de apoio fragilizada por parte de seu grupo familiar mesmo antes de chegar à instituição de

acolhimento. Com isso, é questionável a preservação de seus direitos e dos cuidados que deveriam receber do grupo familiar, deste modo as trajetórias revelam o vínculo rompido pela vulnerabilidade social e a proteção por meio da institucionalização.

Uso de álcool e drogas no vivido de adolescentes

Os achados revelaram o uso de álcool e drogas no vivido dos adolescentes, geralmente associados a algum tipo de vulnerabilidade presente no contexto familiar. A falta de aconselhamento ou de compartilhamento de valores compromete o processo de evolução do adolescente, deixando-o exposto a substâncias que são nocivas para seu desenvolvimento saudável.

As enunciações dos adolescentes evidenciam o contato com drogas lícitas (bebidas e cigarro) e drogas ilícitas (não especificadas por eles), sendo que para alguns, essas substâncias fazem parte do cotidiano e o acesso a elas ocorre por meio dos amigos e familiares. Para outros, o contato não resultou em experiências positivas, causando até mesmo repulsa a essas substâncias.

> ''Já tive contato com cigarro há mais ou menos um ano. Agora é um vínculo rompido. [...] Também já bebi Corote / Vodka e cerveja. [...] Ainda não estava no lar.'' (A4)
>
> ''Eu já tive contato, mas eu não... eu nunca usei com frequência, assim. Era bebida e cigarro, mas eu não gostei, foi só, tipo, umas 2 ou 3 vezes... [...] Eu já morava aqui, foi com meus amigos.'' (A6)
>
> ''Eu bebo, fumo maconha, cigarro... [...] Consigo com meu irmão. [...] Bebida é lá de vez em quando, mas maconha é todo dia. É um vínculo bem forte.'' (A10)
>
> ''Não gosto dessas coisas! Eu acho que o único contato que eu tive foi com o álcool no meu aniversário de 16 anos... que foi nesse mesmo dia que eu fui internada. [...] O vínculo é rompido, totalmente, está fora de mim, eu não bebo, eu não sou alcoólatra.'' (A12)

As trajetórias dos adolescentes foram marcadas pelo convívio com a presença do álcool e das drogas, por vezes, foi naturalizado dentro do núcleo familiar desses adolescentes e, desse modo, mesmo aqueles que relatam não ter feito uso dessas substâncias, observaram o uso por parte de seus familiares.

> ''Já vi a minha prima e o meu primo usando (drogas), eles são mais velhos.'' (A9)
>
> ''Já vi alguns familiares usando. [...] De tudo, bebida, droga, cigarro... mas eu nunca quis.'' (A11)
>
> ''[...] Eles me ofereciam, meu padrasto vendia. Então sempre tinha acesso. A minha mãe também era usuária...'' (A14)
>
> ''É bem comum... lá na casa que eu morava usavam... Daí eu experimentei... Já usei sim!'' (A16)

Assim, denota-se que o uso de drogas lícitas e ilícitas é algo presente no cotidiano dos adolescentes institucionalizados, visto que os mesmos se encontram em situação de vulnerabilidade e utilizar essas substâncias é algo comum dentro de seus núcleos familiares. Com a institucionalização o acesso ao álcool e as drogas torna-se mais difícil, mas os adolescentes conseguem adquiri-las através de amigos e familiares.

Ademais, evidencia-se que os vínculos familiares dos adolescentes institucionalizados se encontram fragilizados em decorrência da vulnerabilidade dessas famílias. Essa vulnerabilidade, ainda expõe os adolescentes a situações que influenciam negativamente em seu desenvolvimento, como o uso e exposição visual às drogas.

4 | DISCUSSÃO

Os movimentos discursivos, revelam que para os adolescentes em situação de acolhimento institucional, os vínculos com seus familiares apresentam fragilidades. Visto que, esses indivíduos, muitas vezes vivenciaram situações de negligência, violência ou abandono, levando ao afastamento temporário de seu grupo familiar (MACHADO; SCOTT; SIQUEIRA, 2018; CAIADO, 2021).

Dessa forma, embora a manutenção dos vínculos familiares seja importante para o desenvolvimento dos adolescente, por vezes, se faz necessário que o poder judiciário utilize medidas protetivas, que intervenham na restrição do contato entre esses indivíduos e seu núcleo familiar, com vistas a proteção desses adolescentes frente a exposição a situações de violência, pobreza, álcool e drogas e demais vulnerabilidades sociais (MACHADO; SCOTT; SIQUEIRA, 2018; CAIADO, 2021).

Percebe-se, a partir das enunciações advindas da DCS que os adolescentes compreendem a necessidade dessa medida de afastamento. Contudo, é perceptível a saudade dos componentes familiares, demonstrando que estes indivíduos entendem o vínculo familiar como parte da sua rede de apoio. A disfuncionalidade familiar também contribui, para o desgaste nas relações estabelecidas entre o adolescente e sua família e, desse modo, acaba interferindo no processo de garantia do direito à convivência familiar (MACHADO; SCOTT; SIQUEIRA, 2018).

As crianças e adolescentes em situação de acolhimento, muitas vezes, acabam perdendo o contato familiar, além de serem expostos a situações de violência física, psicológica, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, fatos esses que dificultam sua reinserção familiar (TEIXEIRA; SPILLER 2018).

Nesse sentido, a negligência é algo presente na trajetória de vida desses adolescentes em relação aos seus familiares, mediante a falta de atendimento às demandas que estes

indivíduos apresentam, bem como pela ausência de relações positivas com seus pais (OLIVEIRA, 2021).

Embora a convivência familiar seja preconizada pelo ECA, muitas vezes o contato com a família pode desencadear sentimentos negativos nos adolescentes. Essa afirmação pode ser corroborada, por estudo realizado em uma casa de acolhimento no Japão, onde a visita dos pais foi evidenciada como fator desencadeante de sintomas depressivos nos indivíduos institucionalizados (YAZAWA et al., 2019). Mesmo que a visita seja considerada um momento muito esperado pela criança/adolescente, o modo como ela será conduzida pode desencadear maiores traumas (BRASIL, 1990; ZHANG et al., 2018).

Um estudo realizado no Estado de Santa Catarina, evidenciou questões como o respeito, carinho, amor e união sendo fundamentais para se manter um bom convívio familiar. Entretanto, sabe-se que na prática a realidade de muitas famílias é diferente, percebe-se ainda, que a situação de pobreza familiar e desemprego podem se tornar desencadeadores da violência, devido ao estresse, falta motivação além da correlação entre bens materiais e família bem-sucedida (TEIXEIRA, SPILLER 2018).

Diante disso, evidencia-se que adolescentes institucionalizados, apresentam uma vivência permeada por diversos fatores de risco, acrescidos ainda dos efeitos negativos que a institucionalização impõe (MACHADO; SCOTT; SIQUEIRA, 2018).

A partir das enunciações, evidencia-se que o uso de álcool e drogas é uma prática adotada mesmo antes da institucionalização, de modo que essas substâncias eram comumente ofertadas por pessoas próximas, como amigos e familiares. Tal aspecto corrobora com o estudo de Bell'Aver e Ruzzi-Pereira (2020), o qual afirma que a origem do fornecimento de tais substâncias advém daquelas pessoas com mais proximidade e contato.

Ainda nesse sentido, observa-se que alguns adolescentes consideram rompido o vínculo com o álcool e as drogas, em virtude de que fizeram uso dessas substâncias somente antes da institucionalização ou tiveram experiências negativas com seu uso. Essa proximidade com bebidas alcoólicas e drogas, possuí forte relação com as condições de vida em que os institucionalizados estão expostos, onde a aproximação à essas substâncias é facilitada (COSTA et al., 2019).

Frente ao exposto, considera-se que as experiências negativas vivenciadas por esses adolescentes, podem ser ressignificadas ao longo de sua passagem pela casa lar, por meio do estímulo à transformação positiva da realidade desses indivíduos, mediante o incentivo a adoção de condutas que promovam seu crescimento e desenvolvimento saudável.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, é possível perceber que os adolescentes institucionalizados foram expostos a situações de violências e violações de direitos, principalmente no âmbito familiar, repercutindo para com o afastamento e rompimento dos vínculos familiares. Para além disso, apresentam uma trajetória permeada pela exposição e uso de substancias lícitas e ilícitas, no seu núcleo familiar, fato esse que, por vezes, resultou no estímulo ao consumo dessas substância pelos adolescentes.

Em vista disso, destaca-se o papel importante da instituição de acolhimento, frente ao desenvolvimento de proteção e cuidado a esses adolescentes. Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos voltados para a descrição da rede de apoio dos adolescentes institucionalizados, visto que a adolescência é uma fase onde essa população se encontra expostas a diversos fatores de risco.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, R. M. L. et al. **Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife.** Ciência & Saúde Coletiva**,** [S.l.], v. 23, n. 2, p. 529-542, fev. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000200529&script=sci_abstract&tlng=ptv. Acesso em: 22 jun. 2022.

ALMEIDA, K. A. R. **Violências, relações afetivas e drogas: estudo com adolescentes em acolhimento institucional no Rio de Janeiro/RJ**. 2018. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

BARROSO, P. O.; PEDROSO, J. S.; CRUZ, E. J. S. **Redes de apoio social de famílias com crianças acolhidas institucionalmente: estudo de caso múltiplo.** Pensando fam., Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 219-234, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2022.

BELL'AVER, D. R.; RUZZI-PEREIRA, A. **Violência e drogas no cotidiano de adolescentes institucionalizadas.** Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa, v. 7, n. 1, 2020. Disponível em: http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/view/6162 Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.** Brasília: CNAS; 2009a. Disponível em: https://jij.tjrs.jus.br/doc/orientacoes_tecnicas_final.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Lei n° 12.010 de 03 de agosto de 2009b. Dispõe sobre adoção. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 ago. 2009b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm. Acesso: 07 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 02 jan. 2022.

CABRAL I. E. **O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem.** In: Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

CAIADO, T. C. **A garantia do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária: uma análise ao acolhimento familiar.** Revista Juris UniToledo, v. 6, n. 02, 2021. Disponível em: http://www.ojs.toledo.br/index.php/direito/article/view/3691. Acesso em: 27 jun. 2022.

COSTA, C. C. *et al*. **Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 17, p. e1671-e1671, 2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1671 Acesso em: 29 jun. 2022.

FONSECA, P. N. **O impacto do acolhimento institucional na vida de adolescentes.** Rev. psicopedag, v. 34, n. 105, p. 285-296, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2022.

MACHADO, M. S.; SCOTT, J. B.; SIQUEIRA, A. C. **Imagens sociais de adolescentes institucionalizados: uma reflexão téorica sobre concepções e estigmas.** Psicologia Argumento, v. 36, n. 92, p. 254-269, 2018. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/25925. Acesso em: 27 jun. 2022.

MEDEIROS, B. C. D.; MARTINS, J. B. **O Estabelecimento de Vínculos entre Cuidadores e Crianças no Contexto das Instituições de Acolhimento: um Estudo Teórico.** Psicol. Cienc. Prof., Brasília, v. 38, n. 1, p. 74-87, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000100074&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2022.

OLIVEIRA, T. R. A. **Análise do Processo de Destituição do Poder Familiar à Luz do Estatuto da Criança e do Adolescente: os motivos e suas implicações nas famílias.** Revista Mosaico, v. 12, n. 3, p. 73-80, 2021. http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2849/1729.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde e desenvolvimento da criança e do adolescente: relatório de progresso 2009.** Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44314. Acesso em: 12 jan. 2022.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. 8 ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

TEIXEIRA, S. C.; SPILLER, L. V. **A perspectiva de pertencimento familiar para adolescentes institucionalizados.** Unoesc & Ciência-ACHS, v. 9, n. 2, p. 113-118, 2018. Disponível em: https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/16801. Acesso em: 25 jun. 2022.

YAZAWA, A. *et al*. **Association between parental visitation and depressive symptoms among institutionalized children in Japan: a cross-sectional study.** BMC Psychiatry, v. 19, n. 1, 30 abr. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039767/. Acesso em: 28 jun. 2022.

ZHANG, Y. *et al*. **Dimensionality of Early Adversity and Associated Behavioral and Emotional Symptoms: Data from a Sample of Japanese Institutionalized Children and Adolescents.** Child Psychiatry & Human Development, v. 50, n. 3, p. 425-438, 27 out. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30368618/. Acesso em: 28 jun. 2022.

CAPÍTULO 10

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR EM PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 21/08/2022

Fabiane Debastiani
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0003-0508-3952

Luciana Machado Martins
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
http://orcid.org/0000-0003-3819-8633

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6880-7463

Neila Santini de Souza
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-5083-9432

Andressa da Silveira
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-4182-4714

RESUMO: Objetivo: Analisar os desafios e possibilidades vivenciados por mulheres em situação de violência doméstica e familiar em processo de judicialização. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido a partir de uma pesquisa participante fundamentada no referencial da educação problematizadora aplicando o arco de Charles Maguerez. Participaram oito mulheres em situação de violência doméstica/familiar em processo de judicialização que frequentavam o Centro de Referência Especializado de Assistência Social e a Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas, ambas localizadas em um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A produção de dados foi mediada por seis oficinas nos meses de maio a junho de 2019, as enunciações foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de temática. **Resultados:** Dentre os desafios enfrentados estão a falta de apoio familiar, perdas patrimoniais e não obtenção do serviços na defensoria pública. Foram apontadas potencialidades como o apoio dos profissionais dos serviços frequentados, de familiares e a capacidade de resiliência. **Considerações finais**: Para as mulheres, as oficinas contribuíram para problematizar suas realidades, aprendendo com as trocas de experiências e na busca de soluções para os problemas. Recomenda-se aos profissionais da rede de atenção a necessidade de fortalecer as Políticas Públicas por meio de oficinas de suporte às mulheres em Centros Especializados de Referência e Assistência Social ou Casas de Abrigo.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Violência contra a mulher. Violência doméstica. Enfermagem.

WOMEN IN SITUATION OF DOMESTIC AND FAMILY VIOLENCE IN THE PROCESS OF JUDICIALIZATION: CHALLENGES AND POSSIBILITIES

ABSTRACT: Objective: To analyze the challenges

and possibilities experienced by women in situations of domestic and family violence in the process of judicialization. Method: qualitative, descriptive and exploratory study, developed from a participatory research based on the framework of problematizing education applying the Charles Maguerez arc. Participants were eight women in situations of domestic/family violence in a judicialization process who attended the Specialized Reference Center for Social Assistance and the Municipal Public Policy Coordination, both located in a municipality in the northwest of the State of Rio Grande do Sul. Data production was mediated by six workshops in May and June 2019, the utterances were recorded, transcribed and subjected to thematic analysis. Results: Among the challenges faced are the lack of family support, property losses and not obtaining services from the public defender's office. The potential was identified as the support of professionals from the services attended, family members and the capacity for resilience. Final considerations: For the women, the workshops contributed to problematizing their realities, learning from the exchange of experiences and in the search for solutions to problems. It is recommended to professionals in the care network the need to strengthen Public Policies through support workshops for women in Specialized Reference and Social Assistance Centers or Shelters.
KEYWORDS: Health education. Violence against women. Domestic violence. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A violência está presente na sociedade desde as primeiras experiências humanas, de forma física, moral, sexual, patrimonial e psicológica. Suas repercussões podem ser evidenciadas pelas inúmeras pessoas que a vivenciam, visto que mundialmente é uma das principais causas de morte entre 15 e 44 anos (DAHLBERG; KRUG, 2007). Neste sentido, a violência afeta a saúde individual e coletiva (MINAYO *et al.*, 2018). Estimativas da Organização Mundial da Saúde revelam que uma em cada três mulheres estão/estiveram em alguma situação de violência no mundo (OMS, 2013).

Na saúde, a violência apresenta-se como uma demanda a ser atendida no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que na década de 80 incluiu ações voltadas aos direitos sexuais, reprodutivos e a necessidade de discussão de gênero. Essas dimensões são potencializadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com ações para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2004). Também, estatísticas do sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) revelam que elas apresentam maior número de atendimentos nos serviços de saúde em todas as violências, quando comparadas ao masculino, como observado na violência sexual: 6,5 vezes maior; psicológica/moral: 5 vezes maior; e na tortura e o abuso financeiro/econômico: 4 vezes maior (MINAYO *et al.*, 2018).

O Mapa da Violência de 2015, que aborda o Homicídio de Mulheres no Brasil, mostra que no período de 1980 a 2013 o número de mortes de mulheres passou de 1.353 para

4.762, representando aumento de 252%. Os óbitos no país, de 2009 a 2011, foram de 5,86 óbitos por cada 100.000 mulheres, havendo diferenças nas regiões nordeste, centro-oeste e norte de 6,93 óbitos; e no sul 5,07 óbitos (GARCIA *et al.*, 2015).

Mulheres em situação de violência, mesmo sem relatar o caso, são propensas a buscar os serviços de saúde; quando identificado a violência elas precisam ser encaminhadas e acompanhadas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois o encaminhamento adequado e o acesso aos Serviços de Segurança Pública podem ser diferenciais entre a vida e a morte (GARCIA *et al.*, 2015; BARAGATTI *et al.*, 2018). Nesse aspecto, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) trouxe maior segurança às mulheres, pois determina o atendimento humanizado, a integração entre os serviços; e agrega o Ministério Público e Defensoria Pública com a área da segurança, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação. Quanto ao atendimento multidisciplinar, os juizados contam com profissionais das áreas psicossocial, jurídica e saúde (BRASIL, 2006). Logo, para protegê-las essas instituições precisam estar articuladas e ser atuantes.

A Delegacia de Polícia (DP) ou Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) em caso de lesões graves e/ou ameaça aos filhos é procurada pelas vítimas (BARAGATTI *et al.*, 2018). Nesses locais é relatado a violência, ocorre o registro do boletim de ocorrência (BO) e instauração do procedimento investigatório (Inquérito Policial). O poder judiciário analisa a situação do encaminhamento e, se houver comprovação dos fatos, poderá solicitar a prisão do agressor e/ou encaminhamento da vítima às medidas de proteção social. Já o Fórum é o serviço onde psicólogos e assistente social auxiliam no esclarecimento da vivência conjugal. Vale destacar, que a sala de audiência pode ser um ambiente desagradável para elas (SIMIÃO; OLIVEIRA, 2016).

Além disso, as mulheres acompanhadas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), encaminhadas pelo judiciário, saúde ou por procura espontânea, podem ser assistidas pelos profissionais. Neste cenário, a enfermagem pode auxiliar com a escuta ativa e educação em saúde para o fortalecimento delas. Desta forma, o grupo de educação em saúde constituído por uma equipe multiprofissional e representante da Coordenação Municipal de Políticas Públicas para Mulheres (CMPPM), ao adotar a base educativa apoiada em conceitos e práticas dialógicas e libertadoras, possibilita reflexões potencializadoras de maior autonomia, ressignificando vivências em prol de transformações positivas. Elas, ao refletir suas vivências, podem (re)pensar suas ações.

A discussão do tema traz subsídios para a atuação da enfermagem em saúde coletiva, com uma proposta educativa, interdisciplinar e intersetorial, dando visibilidade a um problema de raiz social e estrutural, que requer ações complexas. Posto isso, questiona-se: *Quais os desafios e potencialidades são vivenciados por mulheres em situação de*

violência doméstica e familiar em processo de judicialização?. Este estudo tem como objetivo *analisar os desafios e possibilidades vivenciadas por mulheres em situação de violência doméstica e familiar em processo de separação e judicialização*.

2 I MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa participante (PP) com abordagem qualitativa.Este estudo tem como objetivo a construção e troca de conhecimento coletivo com o popular e científico. Como o próprio nome sugere, implica na participação do pesquisador(res) e sujeitos que estão envolvidos na pesquisa (BRANDÃO, 2006).

Nesta pesquisa, adotou-se o Arco de Charles Maguerez, utilizado por Berbel, a partir de Bordenave e Pereira (2011) como caminho metodológico. Nessa proposta, os participantes e pesquisadores compartilham o conhecimento durante todo o processo de investigação. Os participantes foram um grupo de mulheres em situação de violência doméstica e familiar, e a equipe de pesquisa constituída por uma acadêmica de enfermagem, uma professora enfermeira da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), *campus* Palmeira das Missões; uma assistente social, uma psicóloga do CREAS, e a coordenadora do CMPPM. Neste processo há cinco etapas: (1) a observação da realidade (problema); (2) o reconhecimento dos pontos-chaves; (3) a teorização; (4) a elaboração de hipóteses e soluções; e (5) aplicação à realidade (prática), como representado no diagrama (BERBEL; GAMBOA, 2011).

Figura 1 – Diagrama das etapas do processo de investigação no Arco de Maguerez. Fonte: Arco de Maguerez usado por Berbel, Bordenave e Pereira (2011).

O estudo foi realizado em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com área territorial de aproximadamente 1.421,101 km². A população total do município é de 34.328 habitantes (IBGE, 2013).

As oficinas ocorreram com 8 participantes. Teve-se como critérios de inclusão: ser mulher em situação de violência em processo de judicialização; ter mais de 18 anos de idade; ser encaminhada pelo Fórum, CREAS e/ou CMPPM; e critérios de exclusão: mulheres em situação de violência com dificuldades cognitivas que poderiam implicar na participação**.**

O material empírico foi produzido em seis oficinas considerando as etapas do Arco de Charles Maguerez. As oficinas foram planejadas e executadas semanalmente nos meses de abril a maio de 2019.

2.1 Trajetória da aplicação do Método do Arco de Charles Maguerez

Na sequência, descreve-se a organização das oficinas de acordo com as etapas do Arco de Charles Maguerez.

1ª Oficina – Observação da realidade e elaboração do problema

As mulheres eram convidadas a sentar em cadeiras dispostas em círculo e assinar a lista de presença. Na sequência, houve a apresentação da equipe de pesquisa e do projeto, e pactuada a organização das atividades.

Foi entregue um questionário sociodemográfico e de judicialização para preenchimento. Elas foram incentivadas à reflexão considerando a questão: "*Qual o problema que estão enfrentando neste momento?*", com o objetivo de discutir o processo de judicialização e os desafios/dilemas. Emergiram das discussões: à separação de corpos, de bens e direitos à defensoria pública.

2ª Oficina – Pontos Chave

Nesta oficina, foi discutido sobre os desafios enfrentados relacionados a separação de corpos, bens e direito à defensoria pública – causas e soluções. Ao final, as mulheres concordaram com a formulação da questão: "*Como chegar a separação de corpos e quais os direitos relacionados aos filhos e bens na separação judicial*?".

3ª, 4ª e 5ª Oficinas – Teorização

Na terceira oficina, teve a participação da advogada expertise em direito de família para debater sobre o tema: "separação de corpos, de bens e direitos à defensoria pública".

E na quarta oficina, as mulheres dialogaram sobre aspectos legais da separação judicial e encaminhamentos. Já na quinta oficina, o grupo recebeu uma advogada da justiça restaurativa a qual aplicou o método círculo da construção da paz. Neste encontro as participantes seguiram as etapa de (1) relaxar e escutar música, (2) narraram sobre si e como estavam se sentindo, (3) individualmente, com papel e caneta, escreveram uma palavra que significasse um momento bom e de esperança, e (4) cada uma expressou uma palavra como símbolo para a união do grupo.

6ª Oficina – Hipóteses, Soluções e Aplicação à Realidade

Nesta oficina, foi identificado a possibilidade de sair das situações vivenciadas a partir da questão: "*O que você pode mudar em sua vida?*". Neste momento foi elaborada a construção das hipóteses de solução para os problemas identificados. Em uma segunda rodada, a questão norteadora foi: "*O que você conseguiu mudar e o que aprendeu*?", nesse instante, foi avaliada a transformação da vivência durante/com as oficinas.

O material empírico produzido foi gravado, transcrito e analisado através da temática de conteúdo, considerando três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). Na pré-análise foram realizadas leituras para a organização do material e construção para as próximas etapas (BARDIN, 2011). Durante a exploração do material, através de releituras, consistiu-se na codificação por temáticas. Também, o recorte das falas com as unidades de significado, registro e contexto. Ao final, obteve-se a classificação das unidades em categorias.

O tratamento dos resultados constituiu-se na apresentação de significado e validade, permitindo a elaboração de quadros de resultados que sintetizam e destacam as informações. Destas etapas, emergiram as categorias temáticas: "Desafios das mulheres em processo de separação e judicialização" e "Possibilidades das mulheres em processo de separação e judicialização".

O estudo foi desenvolvido seguindo as recomendações da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (2012) e ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, parecer nº 3.073.986. Para garantir o anonimato das participantes, utilizou-se a letra "M" de mulher seguida do número cardinal (M1, M2, M3).

3 | RESULTADOS

A caracterização da população, se faz necessária para compreender os resultados das falas, sendo assim apresenta-se o Quadro 1 e o Quadro 2, para posteriormente ser apresentada as categorias temáticas.

M*	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Trabalho /renda	Tipificação de violência
M1	70	E.F.In.	separada	Aposentada 1^{SM}	Ameaça, vias de fato, injúria, dano, violação de domicílio
M2	36	E.F.In	separada	Do lar Entre 2 e 4^{SM}	Ameaça
M3	40	E.M.C.	separada	Do lar $<1^{SM}$	Ameaça
M4	45	E.F.In.	separada	Do lar $<1^{SM}$	Ameaça
M5	25	E.F.In.	separada	Do lar $<1^{SM}$	Ameaça e vias de fato
M6	26	E.F.In.	separada	Do lar $<1^{SM}$	Lesão corporal, ameaça, vias de fato, dano, violação de domicílio
M7	34	E.M.In.	separada	Do lar 1^{SM}	Ameaça, vias de fato e estupro
M8	55	Pós-graduada	separada	Aposentada $>de5^{SM}$	Violência psicológica

Quadro 1. Caracterização das mulheres participantes do estudo

^{SM}:Salário mínimo (considerado R$1.100,00 reais no período de realização do estudo)

M*: Mulheres participantes

E.M.: Ensino Médio

E.F.: Ensino Fundamental

C.: Completo

In. Incompleto

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No Quadro 2 é apresentado a caracterização com destaque ao processo de judicialização.

M*	**Processo Judicial / tempo**	**Medida concedida**	**Defensor público**	**Nº. de audiência**
M1	Encerrado / NS	Aproximação$^{Pr.}$ e contato$^{Pr.}$, afastamento do lar e separação de corpos	Não	+5
M2	Em trâmite / NS	Aproximação$^{Pr.}$, contato e encaminhamento ao programa de proteção	Sim	0
M3	Em trâmite / 1 ano	Aproximação$^{Pr.}$, contato$^{Pr.}$ e afastamento do agressor do lar	Sim	0
M4	Em trâmite / 1 ano	Aproximação$^{Pr.}$ e contato com o agressor$^{Pr.}$	Sim	1
M5	Em trâmite / 1 ano	Aproximação$^{Pr.}$, contato$^{Pr.}$ e afastamento do agressor do lar	Não	0
M6	Em trâmite / 5 dias	Aproximação$^{Pr.}$, contato$^{Pr.}$, suspensão de visita aos dependentes menores, determinação: afastamento da ofendida e separação de corpos	Não	0

M7	Em trâmite / 2 meses	Aproximação e contato com o agressor[Pr.]	Não	4
M8	Em trâmite / NS	-	Não	0

Quadro 2. Caracterização das mulheres do estudo e o processo de judicialização

[Pr.]: Proibição

M*: Mulheres participantes

NS: Não soube informar

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A tipificação da violência se faz necessária também para a proteção das mulheres, porém quando o tempo de tramitação é indefinido e/ou longo o desafio é maior. Logo, entende-se a importância da caracterização do cenário para compreender fragilidades e potencialidades da rede de suporte protetivo.

Desafios vivenciados por mulheres em situação de violência doméstica e familiar

Mesmo em processo de separação e judicialização, quando as mulheres não encontram apoio na família o afastamento do agressor não ocorre, pois nem sempre há disponibilidade de acolhimento em outro local.

> Como eu vou sair daqui e ir pra lá num ambiente destes [casa da mãe], sendo que minha mãe verdadeira já foi, a outra vez que eu fui pra lá não me aceitou, quem ficou me criou foi minha vó (M2).

A ausência, no município, do serviço de Defensoria Pública dificulta o encaminhamento da separação judicial.

> O andamento do processo [...] fui com um advogado particular porque ia demorar se fosse público, só agendada para 16 de maio, mas como que vou esperar, não tenho condições até lá, mas a medida protetiva já tenho (M6).
>
> *Eu fui ao [escritório de advocacia gratuíto - Universidade] marcar um advogado [...].* Não estão marcando ainda na defensoria pública (M3).

No processo de separação há prejuízo econômico, pois a mulher abandona sua residência e os frutos de seus rendimentos.

> Na separação, eu deixei tudo que eu comprei, eu deixei a casa e todos os móveis [...], mas é meio injusto porque ele ficou com a casa com os móveis (M4).
>
> Pois a época que fui pra casa dos meus filhos o meu marido vendeu tudo, hoje todas as coisas que tenho dentro de casa estão no meu nome (M1).

Possibilidades vivenciadas por mulheres no processo de separação e judicialização

A atuação profissional do CREAS e CMPPM foi relatada como suporte para a separação dos agressores. O acesso e o acolhimento oferecido contribuíram para ressignificação das violências, facilitou a tomada de decisão quanto ao registro do Boletim de Ocorrência (BO) e ruptura das relações violentas, novas experiências e recomeço.

> Eu não sabia como era [registrar o BO] e a coordenadora de políticas públicas [CMPPM] me acompanhou na hora que eu estava fazendo a ocorrência (M4).
>
> Encontrei a (coordenadora de CMPPM) agradeço […] a vocês que me deram apoio [...] porque é muito triste. Eu dormi 20 anos do lado de um homem achando que conhecia e na verdade não, [...] vim com uma mão na frente e outra atrás e hoje estou morando na casa do meu irmão mas estou com minha casa pronta, praticamente mobiliada [...] hoje estou trabalhando (M4).

As ameaças do agressor podem desencadear a ruptura do ciclo da violência, pois a força pessoal interna com o apoio familiar fortalece as mulheres na tomada de decisão.

> Estou morando com meus pais, mas vamos alugar uma casinha depois pra mim e as crianças, vou voltar a estudar e trabalhar [...] temos que dar o primeiro passo (M6).
>
> Eu vim com as roupas e meu filho [...] minha família me acolheu, eu fiquei um tempo dormindo na sala do meu cunhado [...] e meu cunhado nunca deixou passar fome [...] hoje eu fico olhando pra trás [...] e digo que graças a Deus eu consegui sair deste ciclo e vivo muito bem e principalmente vivo em paz hoje (M4).

As mulheres revelam os aprendizados sobre os patrimônios adquiridos no casamento e as notas fiscais em seus nomes.

> As notas, sempre guardei, eu levei para o [advogado], está tudo na pasta, isso que ela [advogada] falou tudo que a gente compra no meu nome e pede nota (M1).
>
> Sim eu tenho todos, o da terra e o da casa e das prestações do empréstimo, e tenho todas as notas do que eu compro e dos materiais (M3).

Atitudes mais firmes, com relação às ameaças sofridas por aplicativo de mensagens ou pessoalmente, são narradas por mulheres deste estudo.

> Primeiro eu consegui bloquear ele, pois antes ele me ameaçava e eu não conseguia [...] só desbloqueei quando meu pai morreu pra falar pros meus filhos, mas [...] ele não deixou [...] e disse que era bem feito [...] daí eu tive coragem de dizer que eu ia mostrar os áudios na delegacia e ia dar parte [...] ele me disse que estava tirando férias e estava vindo me matar, tive coragem e força e bloquei de novo (M7).

> O que eu consegui mudar é que eu nunca tive voz ativa, eu sempre obedeci como pai [...] eu aprendi agora com 36 anos a dizer não para ele aprendi (M2).

As mulheres relataram o desejo de voltar a estudar e trabalhar, mostrando a possibilidade de recomeçar a vida com novas perspectivas.

> Vou voltar a estudar e trabalhar (M6).
>
> O meu projeto é voltar estudar e conseguir resolver minha situação e ser livre [...] o maior sonho é trabalhar [...] é o que pretendo (M2).

As trocas de experiências são observadas nos relatos de histórias semelhantes e reconhecem as vivências e o acolhimento coletivo.

> Eu aprendi [...] cada uma conversa e conta sua história [...] e não é só com a gente que acontece [violência] convivemos com mais pessoas que acontecem isso, [...] e também porque a gente nunca acha que vai acontecer com a gente (M4).
>
> Eu aprendi que a gente não está sozinha e durante estes dias me senti muito acolhida, me senti melhor com o olhar do outro é tão bom saber que tem pessoas para nos ajudar e nos fortalecer (M8).

4 I DISCUSSÃO

Neste estudo, a falta de apoio familiar foi motivo de permanência da convivência conjugal, pois a busca por ajuda ocorre, primeiramente, no próprio meio social. O suporte familiar nessas situações é fundamental, porém quando deparam-se com discursos da manutenção da família elas tendem a optar pelo silêncio (BARAGATTI *et al.*, 2019). Tal concepção ancora-se na percepção da rede familiar sobre a violência de modo tradicional, onde o homem tem poder nas relações (NETTO *et al.*, 2017). Nesse contexto, a convivência com a violência torna-se diária e a busca por ajuda ocorre por temer a sua morte e dos filhos (BARAGATTI *et al.*, 2019; BARAGATTI *et al.*, 2018).

O CREAS, órgão estatal de abrangência municipal, pode oferecer orientação, proteção e acompanhamento às famílias em situação de risco pessoal e social, ameaça ou violação de direitos. Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, psicólogo, educador social, advogado, pedagogo, dentre outros, além de articular-se com as Políticas Públicas (SILVA; CLEONE, 2019).

Algumas mulheres buscam o sistema judiciário desejando a separação do agressor, no entanto, quando se deparam com tentativas para a reconciliação, sentem-se desatendidas (BARAGATTI *et al.*, 2018). A ampliação do acesso ao judiciário e a garantia do

direito de cidadania, são aspectos inovadores da Lei Maria da Penha, dentre estes, estão o incentivo à criação de Juizados Especiais para a Violência Doméstica e o atendimento pela defensoria pública (BRASIL, 2018). Contudo, assinalam-se também fragilidades na sua implementação, como na aplicação das medidas protetivas, recursos materiais e pessoais insuficientes para as ações previstas; fragmentação da rede e o movimento conservador (SOARES; LOPES, 2018).

Na separação, essas mulheres sentem-se inseguras e despreparadas quanto à partilha de bens e tomada de decisões, o que pode adiar o rompimento da relação (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Na violência patrimonial, não é incomum as mulheres serem impedidas de adentrar em sua residência e, por possuírem laços familiares/sociais frágeis, têm dificuldade em abrigar-se de forma segura. Em teoria, mulheres que saíram/expulsas de suas casas, passam a contar com medidas protetivas de urgência, tendo o direito de retornar ao lar com seus dependentes e o afastamento do agressor (CARNEIRO *et al.*, 2019). O registro do BO, garante proteção aos bens da sociedade conjugal/particular, de forma que fica proibido a locação/compra/venda mediante ordem judicial. Assim, o conhecimento sobre o direito de restituição de bens pode conscientizar-las (NETTO *et al.*, 2017, OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Com isso, a Delegacia de Polícia (DP) é identificada como local de acesso com potencial para auxílio, mas pode também ser um ambiente hostil quando os profissionais atendem desrespeitosamente ou não respondem às necessidades das mulheres (BARAGATTI *et al.*, 2019; SIMIÃO; OLIVEIRA, 2016; SOARES; LOPES, 2018). O registro do BO é uma das ações tomadas por elas, mas nem sempre bem-sucedido (BARAGATTI *et al.*, 2019), todavia, pondera-se a responsabilidade profissional em prestar orientações.

A CMPPM é um órgão articulador, responsável pelo desenvolvimento de políticas públicas, programas, projetos e ações nas áreas da saúde, segurança, educação e participação política, dentre outras. Suas ações são centradas nas mulheres e suas demandas (BRANDT; LAVARDA; LOZANO, 2017).

A rede de enfrentamento a violência contra mulher é constituída por instituições com profissionais que ao realizar uma escuta sensível estabelecem vínculo e apoio na construção da rede social, por mais que elas sintam-se isoladas, frágeis, dependentes e vulneráveis diante da violência (NETTO *et al.*, 2017). Corroborando com isso, o apoio familiar e institucional são elementos que favorecem o enfrentamento da violência, sendo o suporte familiar fonte de segurança e manutenção das necessidades básicas (CARVALHO *et al.*, 2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas deste estudo constituíram-se em estratégias que oportunizaram a tomada de consciência sobre como os desafios podem ser enfrentados por meio do exercício da resiliência. O exemplo da vivência individual das mulheres, tornou-se para a outra, um modelo de enfrentamento da situação e apoio para a tomada de decisões. A partilha de conhecimento e experiência, promoveu um ambiente de confiança entre as mulheres, apoio, suporte e construção do conhecimento, logo, foi além de um grupo de educação em saúde.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se que o mesmo foi realizado em um único município, não sendo possível fazer generalizações com outras realidades. Por fim, sugere-se a realização de pesquisas que discorrem sobre mulheres em situação de violência e sensibilização da sociedade para esta temática.

REFERÊNCIAS

BARAGATTI, Daniella Yamada; CARLOS, Diene Monique; LEITÃO, Maria Neto da Cruz; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Eliete Maria. Critical path of women in situations of intimate partner violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 26, p. 1-9, 9 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025.

BARAGATTI, Daniella Yamada; ROLIM, Ana Carine Arruda; CASTRO, Cristiane Pereira de; MELO, Márcio Cristiano de; SILVA, Eliete Maria. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 43, p. 1-9, 8 abr. 2019. Pan American Health Organization. DOI: http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2019.34.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70.ed. Lisboa/Portugal: __, 2011.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas; GAMBOA, Sílvio Ancízar Sánchez. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 264-287, 27 nov. 2011. Universidade Estadual de Campinas. DOI: http://dx.doi.org/10.20396/rfe.v3i2.8635462.

BRASIL. **Lei Maria da Penha no. 11340 de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues**. A pesquisa participante e a participação da pesquisa:** um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. p 21-54. In BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu (org). Pesquisa Participante: O saber da Partilha. 2 ed. São Paulo: Ideias e Letras, 2006.

BRANDT, Jaqueline Zermiani; LAVARDA, Rosalia A. Barbosa; LOZANO, Marie-Anne Stival Pereira e Leal. Estratégia-como-prática social para a construção da perspectiva de gênero nas políticas públicas em Florianópolis. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 51, n. 1, p. 64-87, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612147905.

CARNEIRO, Jordana Brock; GOMES, Nadirlene Pereira; CAMPOS, Luana Moura; GOMES, Nildete Pereira; CUNHA, Kamylla Santos da; VIRGENS, Ionara da Rocha; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Contexto da violência conjugal em tempos de Maria da Penha: um estudo em grounded theory. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-12, 8 mar. 2019. Universidade Federal do Paraná. DOI:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59431.

CARVALHO, Milca Ramaiane da Silva; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; GOMES, Nadirlene Pereira; CAMPOS, Luana Moura; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães de; SANTOS, Luana Rodrigues. Coping strategies for domestic violence: testimony of women involved with drugs. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 1-7, 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0291.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G.. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 11, n. , p. 1163-1178, 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000500007.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lucia Rolim Santana de; SILVA, Gabriela Drummond Marques da; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Panamericana de Salud Publica**, [*s. l*], p. 251-257, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/251-257/pt.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVA, Marta Maria Alves da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018.

NETTO, Leônidas de Albuquerque; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; LEITE, Franciêle Maraboti Costa; SILVA, Giuliana Fernandes e. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-8, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170007.

OLIVEIRA, Fabiana Santos de; MENDES, Flávia Cristina Silva; MIRANDA, Lucas Pereira de; LARA, Raquel Guimarães; CAMARGOS, Rosimeire Diniz Silva Pinheiro; SILVA, Valéria Corrêa da. Violência doméstica contra a mulher: uma análise a partir do relato de casos. **Médica de Minas Gerais**, [*s. l*], v. 26, n. 8, p. 443-449, 2016. Disponível em: http://rmmg.org/exportar-pdf/2195/v26s8a84.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Respondendo à violência entre parceiros íntimos e à violência sexual contra as mulheres**: diretrizes clínicas e políticas da Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2013.

Resolução nº **466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

SILVA, Maria Cícera de Sá e; CLEONE, Mario. O impacto do CREAS no combate a violência contra a mulher. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [*s. l*], v. 13, n. 44, p. 917-929, 2019. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/1666/2463.

SIMIÃO, Daniel Schroeter; OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. Judicialização e estratégias de controle da violência doméstica: a suspensão condicional do processo no distrito federal entre 2010 e 2011. **Sociedade e Estado**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 845-874, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922016.00030013.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 66, p. 789-800, 21 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0835.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **MAPA DE VIOLÊNCIA 2015**: homicídios de mulheres no Brasil. 1.ed. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/ uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf.

CAPÍTULO 11

RESILIÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ADSCRITAS EM TERRITÓRIO DE ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 21/08/2022

Fabiane Debastiani
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0003-0508-3952

Morgana Tainã dos Santos Pedroso Gabriel
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-0158-6467

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6880-7463

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-9204-3213

Jaqueline Arboit
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-6610-5900

Alice do Carmo Jahn
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-7672-4721

RESUMO: Objetivo: Analisar a resiliência de mulheres em situação de violência doméstica usuárias de unidades de Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, do qual participaram 14 mulheres que vivenciaram situações de violência. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas semiestruturadas desenvolvidas no período de março a agosto de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo temático de Bardin. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. **Resultados:** As mulheres vivenciaram violências de natureza psicológica, física, verbal e sexual. Buscaram auto-apoio e apoio de familiares, amigos, vizinhos, religiosos, dos profissionais da Delegacia de Polícia e da Estratégia Saúde da Família. Com o suporte obtido, conseguiram mobilizar recursos internos para desenvolver estratégias de enfrentamento e/ou separação do agressor, formação profissional, ingresso no mercado de trabalho, estabilidade econômica, 'novo' projeto de vida e outro relacionamento. A resiliência pode ser vivida por mulheres em situação de violência desde que tenham apoio nesse processo. **Considerações finais:** A resiliência enquanto conceito e prática pode ser incluída em ações das equipes de saúde, com vistas a estimular e potencializar atitudes positivas e transformadoras na vida das mulheres em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Resiliência psicológica; Estratégia saúde da família.

RESILIENCE OF WOMEN IN SITUATIONS OF DOMESTIC VIOLENCE IN A FAMILY HEALTH STRATEGIES

ABSTRACT: Objective: To analyze the resilience of women in situations of domestic violence who use Family Health Strategy units. **Method:** Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out in a city in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul, in which 14 women who experienced situations of violence participated. The empirical material was produced through semi-structured interviews developed from March to August 2018. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to Bardin's thematic content analysis technique. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria. **Results:** The women experienced psychological, physical, verbal and sexual violence. They sought self-support and support from family members, friends, neighbors, religious, professionals from the Police Station and the Family Health Strategy. With the support obtained, they managed to mobilize internal resources to develop coping strategies and/or separation from the aggressor, professional training, entry into the job market, economic stability, a 'new' life project and another relationship. Resilience can be experienced by women in situations of violence as long as they have support in this process. **Final considerations:** Resilience as a concept and practice can be included in the actions of health teams, with a view to stimulating and enhancing positive and transforming attitudes in the lives of women in situations of violence.

KEYWORDS: Violence against women; Psychological resilience; Family health strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra as mulheres é um problema recorrente no Brasil, cuja causa tem suas raízes nas desigualdades de gênero e poder nas relações íntimas e públicas. Desde a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) tem-se observado investimentos no seu enfrentamento. Porém, as ações são insuficientes para transformar comportamentos de dominação masculina na sociedade, o que contribui para a ocorrência desta violência (NETTO, 2017).

A problemática ganhou maior visibilidade após a instituição da Lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha, a partir da qual houve uma tentativa de resposta às demandas protetivas das mulheres, como a punição do agressor e a organização de redes de atenção à mulheres em situação de violência com oferta de serviços interdisciplinares e intersetoriais. A lei define a violência doméstica e familiar contra as mulheres como "*qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial*" (BRASIL, 2006, p.2). Logo, todo e qualquer ato de violência contra as mulheres configuram-se como uma forma de violação de direitos.

No Brasil, no período de 2009 a 2017, foram registrados nos serviços de saúde 1.091.264 casos de violência contra as mulheres. Nestes, as mulheres apresentavam

lesões/queixas e houve a notificação compulsória por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2020). Destaca-se, neste contexto, as violências física, psicológica e sexual, cuja prevalência é significativa no setor saúde (MINAYO *et al.*, 2018).

As mulheres que vivenciam situações de violência demandam cuidados da Atenção Primária à Saúde (APS). Sob este aspecto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um cenário potente para acolhê-las, tendo em vista a proximidade dos domicílios, lócus de ocorrência de grande parte das situações de violência. No entanto, quando se trata de atender as necessidades de saúde de ordem social, há obstáculos para incluir ações que promovam a superação de tais situações (D'OLIVEIRA *et al.*, 2022).

A violência contra as mulheres envolve tensão contínua para todos os envolvidos, o que requer habilidades relacionais dos profissionais que atuam nestes contextos, porque mais importante que medicalizá-las, é fortalecê-las por meio de informações e oportunidades de mudança, sem colocá-las em risco (D'OLIVEIRA *et al.*, 2022). Nessa direção, a resiliência como um recurso interno pode emergir através do suporte profissional, visto que a verbalização auxilia na análise e ressignificação do problema (LABROCINI, 2012).

O conceito de resiliência é complexo e novo nas áreas das ciências humanas e da saúde. Ao relacionar esse conceito à promoção da saúde pode ser compreendido como a capacidade dos indivíduos reconhecerem os determinantes das condições de saúde e responder a condições estressoras a partir da ressignificação e aprendizado (NORONHA *et.al.*, 2009).

Desta forma, para melhor compreender a resiliência humana, este estudo utilizou três planos: (1) elaboração de recursos internos impregnados no temperamento que o indivíduo apresenta nos primeiros anos de vida, os quais mostram a maneira como as pessoas reagem às agressões da existência, estabelecendo tutores mais ou menos sólidos, (2) estrutura das agressões que explica os estragos do primeiro golpe, o ferimento ou a falta dele e o significado das agressões em seus contextos familiares e social, e (3) efeito devastador do segundo golpe, que aborda a possibilidade de obtenção de afetos, atividades e palavras que a sociedade dispõe no círculo de convivência do ferido, obtido através de recursos externos os quais podem auxiliar na cicatrização do ferimento, ou seja, os tutores da resiliência. Essas etapas são vivenciadas nas experiências humanas durante a vida (CYRULNIK, 2004).

Nesta conjuntura, as equipes da ESF, podem propor às mulheres em situação de violência um encontro, no qual o diálogo seja promotor da narrativa do sofrimento e de suas experiências; pois na interação, a relação de apoio e troca pode estimular a resiliência

(LABROCINI, 2012). Assim, este estudo justifica-se pela lacuna de investigações que façam interface com a resiliência, seus conceitos e a população de mulheres em situação de violência.

Diante do apresentado, para nesta investigação, emergiu a seguinte questão norteadora: *Como mulheres em situação de violência usuárias de unidades de ESF vivenciam a resiliência?* Para respondê-la, tem como objetivo *analisar a resiliência de mulheres em situação de violência doméstica usuárias de unidades de ESF*.

2 I MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, cuja proposta apresenta-se como produto das interpretações a respeito de como vivem, pensam e sentem (MINAYO, 2014).

Este estudo foi realizado em um município do estado do Rio Grande do Sul, com 14 mulheres em situação de violência e usuárias de sete ESFs. Teve como critérios de inclusão: ser usuária da ESF há mais de seis meses, ter vivenciado e/ou estar em situação de violência, e possuir idade superior a 18 anos. Como critério de exclusão: estar impossibilitada de responder as perguntas por problemas cognitivos.

A técnica de produção dos dados foi a entrevista semiestruturada, contendo questões abertas e fechadas, relacionadas a aspectos sociodemográficos e às situações de violência e resiliência.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o parecer nº. 909.978, foi realizado o contato com as ESFs para apresentar o projeto e solicitar apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS informaram os dados das mulheres e seus endereços e, para intermediar a comunicação/confiança, deslocaram-se junto da equipe de pesquisa até os domicílios.

Nesse contexto, a visita foi acompanhada pelo ACS quando a mulher estava sozinha e a pesquisadora apresentou a pesquisa e convidou-a a participar. A fim de preservar a identidade das participantes em consonância aos pressupostos éticos, as falas foram identificadas pelas letras “M” de Mulher, seguida do número ordinal sequencial às entrevistas (M1, M2, M3).

As entrevistas ocorreram no período de janeiro a agosto de 2018. Quando a mulher não estava em casa, eram realizadas mais três tentativas e, não havendo êxito, procurava-se outra provável participante. As entrevistas duraram em média 40 minutos e nenhuma das participantes evidenciou nervosismo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com a análise de conteúdo temático (BARDIN, 2011). Na primeira fase, pré-análise, as atividades foram divididas em etapas: (1) realizada a leitura das entrevistas transcritas e escolhido o *corpus* para a análise; (2) demarcou-se os documentos com base no objetivo do estudo; (3) formulou-se hipóteses e objetivos no texto; e (4) referenciou os índices e indicadores no texto.

Na segunda fase, exploratória, houve a definição das categorias, as unidades de registro/significantes e as interpretações/inferências, e descrições analíticas do *corpus*. Assim, foi realizada a codificação/categorização através da escolha das unidades de significado. As categorias que emergiram foram: “As violências vivenciadas e a mobilização de recursos internos e apoio externo” e “A ruptura do ciclo da violência: desafio e reinserção”. As categorias foram discutidas com a fundamentação teórica nacional e internacional relacionada a violência e a resiliência.

3 I RESULTADOS

Das 14 mulheres que participaram do estudo, a idade variou de 22 a 80 anos. Quanto à escolaridade: uma participante tinha ensino superior completo, uma ensino técnico completo, quatro ensino médio completo, uma ensino médio incompleto, três ensino fundamental completo e quatro participantes ensino fundamental incompleto; No que se refere à cor/raça: 12 se autodeclararam brancas.

Em relação ao trabalho: sete possuíam ocupação fora do lar, cinco eram do lar e duas aposentadas. Quanto à renda individual: cinco declararam receber um salário mínimo; uma dois salários mínimos; duas, dois a três salários mínimos e uma quatro salários mínimos. No que tange à renda familiar: seis mencionaram um salário mínimo; uma dois salários mínimos; duas de dois a três salários mínimos; duas três salários mínimos; uma quatro salários mínimos e duas de quatro a seis salários mínimos.

Quanto à religião, a maioria eram católicas; quanto ao estado civil: uma solteira, duas em união estável, cinco casadas, cinco separadas e uma viúva. Das quatorze mulheres: seis moram com o marido e filhos(as); três com os filhos; uma sozinha; uma com amiga e filhas; uma com marido e neto; uma com marido, filho, mãe e nora; e uma com filhos e netos.

As violências vivenciadas e a mobilização de recursos internos e apoio externo

Neste estudo, as mulheres sofreram agressões físicas, psicológicas, verbais e sexuais por homens (ex-marido, marido, primo, filho) no domicílio.

> [...] ele (o filho) me bateu [...] não me matou porque eu escapei, bateu valendo [...] ele se assustou de ver o sangue e disse assim: mãe e "grelou os olhos", mãe, vou chamar o SAMU. M5

> Ele (ex-marido) me empurrou, eu grávida [...] ele me derrubou na rua [...] tapa, coices, soco na cabeça, no olho [...] M1

A partir dos depoimentos pode-se observar diferença na reação à agressão. Uma participante preferiu o silêncio, não conseguindo procurar apoio externo. Porém apegou-se à fé e tentou ressignificar a dor da agressão.

> [...] eu tenho um hábito na minha vida, em tudo, [...] qualquer problema que tenho dificilmente conto pra alguém [...] pra mim é Deus, então eu vou lá pro meu quarto [...] é minha igreja, lá eu me ajoelho, choro e sei que de lá vai vim a solução [...]. M6

Ao sofrer violência, as mulheres contam suas vivências para familiares e amigos, e a mãe aparece como uma fonte de apoio, conforme identificado no estudo. A mãe pode auxiliar na representação da dor pela escuta da narrativa, o que também pode mobilizar os recursos internos.

> [...] [Quando acontece a violência] Eu espero amenizar, ligo para minha mãe e converso por telefone com ela, para mim desabafar. M13

> [...] Eu contei pros meus pais [...] na verdade, alguns amigos já sabiam, dois casais de amigos nossos já tinham presenciado também. M10

Algumas mulheres sinalizaram a vizinha e o representante da Igreja como um possível tutor de resiliência, pois há escuta e acolhimento com sentimento de segurança e cuidado.

> Era minha vizinha. Ela via que eu me sentia lá naquela casa, eu tava toda hora me cuidando, sabe? Eu não podia sair né. M1

> Daí eu vou na vizinha, com os irmãos (da igreja), tem uns irmãos que eu conto, que dizem 'a senhora não pode andar se incomodando nessa idade'. M2

A cada agressão sofrida, algumas mulheres procuravam apoio de recursos externos institucionais. Primeiramente a Delegacia de Polícia (DP) e na sequência a ESF.

> Sim [procurou ajuda]. Eu vim aqui (ESF), que eu tinha machucado meu dedo, [...] aí fui na delegacia e fiz boletim de ocorrência. M4

> Procurei ajuda aqui (ESF) também, mas primeiramente fui na polícia [...]. M3

A obtenção de apoio dos profissionais da DP e do setor Judiciário a uma das mulheres, promoveu condições de enfrentamento ao agressor.

> E quando eu digo que não é para ele pisar o pé aqui, ele não vem sabe!? Daí eu digo que vou avisar a polícia, aí ele não pisou mais os pés aqui [...]. M1

A ruptura do ciclo da violência: desafio e reinserção

A quebra do ciclo da violência ocorre com a ruptura da relação com os agressores, depois de um processo doloroso de significação do trauma e de separação. O motivo é o medo da agressão causar danos fatais.

> Nós estávamos em casa, eu a minha filha e ele [...] surtou, me empurrou,[...] da sala pra cozinha, eu caí, levantei e comecei "bater boca", ele me pegou pelos cabelos, me jogou no chão, a minha filha começou a chorar, e ele me xingou [...] me tranquei no quarto com a filha e ele socando a porta e eu com medo [...] arrumei as minhas coisas[...] e saí com ela [...] até o carro [...] daí nos separamos, eu saí de casa, na verdade ele saiu, e eu me mudei na outra semana, eu não conseguia ficar na mesma casa [...] M10

> [...] aqui na frente de casa, foi nossa última discussão, que aí ele me ameaçou com faca na frente das crianças, daí foi a última vez...[..] Acabamos separando legalmente. M7

Ao tomar consciência da dependência financeira aliada a violência, é possível obter condições mais seguras por meio de estudo, profissionalização e trabalho remunerado para seguir a vida.

> Tenho três filhos com ele, aí quando ele me espancava, não tinha pra onde correr, eu não trabalhava, não tinha terminado os estudos, daí depois que eu enfrentei ele […] terminei meus estudos, consegui serviço, daí fui me estabilizando pra mim conseguir força pra largar.M3

Estudar, trabalhar e casar novamente foi visto como um modo de (re)aprender a viver com base em outras perspectivas.

> [...] eu casei de novo com um rapaz, eu toquei minha vida pra frente [...] Terminei meu curso que eu tava fazendo de auxiliar de dentista, aí fui trabalhando, [...] às vezes me acordo com uns pesadelos, mas eu consegui [...] e já to bem. M3

As mulheres que conseguiram romper com o ciclo da violência foram resilientes e reforçam que este rompimento só é possível com o apoio externo das instituições da rede de atenção, aqui representadas como ESF, DP e Judiciário. A persistência em alcançar o objetivo com amparo legal, ajuda a superar o medo causado pelo trauma e buscar uma vida de qualidade aliada a sua segurança e de seus entes.

> [...] se insistir, procurar seus direitos, consegue, por mais terrível que seja, mas tem que ter ajuda senão não consegue [...] pra perder o medo, e agir por dentro da lei, porque vai lá e ameaça, a pessoa [...] volta na decisão, aí nem é porque gosta, é por medo da ameaça, porque eu já passei [...] e eu sei que não é fácil. M3
>
> É, pedi ajuda sim [serviço de saúde] [...] aí quando fui internar ele [...] nós queremos internar ele, porque ele promete de matar a mãe e se beber ele mata mesmo[...]. M5

4 I DISCUSSÃO

As mulheres do estudo vivem em contexto de vulnerabilidade social, mas quando analisa-se a situação sob a perspectiva da resiliência evidencia-se as condições individuais e o apoio da rede de enfrentamento intersetorial (SULSBACH, 2018). Elas apresentam frequência maior de violência psicológica e física, e baixa percepção de ocorrência da violência frente às agressões, diferente de quando considerado maior gravidade e recorrência (BARROS; SCHRAIBER, 2017). Essas violências foram vivenciadas/suportadas por mulheres que desenvolveram resiliência como tentativa de proteção (MARCOVICZ; RAIMONDO; LABRONICI, 2014; FORNARI; LABROCINI, 2018).

Uma das participantes não conseguiu procurar ajuda. Sob este aspecto, aponta-se que vivenciar o sofrimento sozinha é a forma como elas encontram de enfrentar e significar o ocorrido (SULSBACH, 2018). Mulheres em situação de violência enfrentam o isolamento social, resultando na dificuldade de solicitar apoio de familiares e amigos (NETTO *et al.*, 2017). A abertura existencial para o enfrentamento do trauma vivido depende da força de cada mulher, além da disponibilidade de suporte humano e social.

A espiritualidade, representada pela religião com Deus, é vista como forma de apoio e possibilidade de transcender o trauma. Mulheres que vivenciaram violência sexual identificaram a fé como fator desencadeador da metamorfose da experiência vivida (FORNARI; LABROCINI, 2018). Logo, a religião pode ser considerada como fator protetivo na reabilitação da saúde (BARAGATTI *et al.*, 2019).

Neste estudo, as mulheres procuraram apoio na rede social, familiar e de amigos. Essa solicitação de ajuda às relações primárias (família e amigos) ocorre mediante uma violência severa, nem sempre com acolhimento adequado, visto que os familiares consideram a questão como de foro íntimo (BARAGATTI *et al.*, 2018). No entanto, nem sempre a família e amigos conseguem controlar os eventos, embora possam apoiar na superação dos obstáculos, evidenciando que o suporte de pessoas importantes afetivamente auxilia no percurso e manutenção da resiliência (FORNARI; LABROCINI, 2018).

Evidenciou-se a procura do apoio de integrantes da igreja. Essa, enquanto instituição,

está em cenários de iniquidades sociais e pode ser considerada como 'templo de refúgio'. Seus representantes apoiam a população a enfrentar as adversidades vivenciadas, o que se estende às mulheres em situação de violência (PIEROTTI; D'OLIVEIRA; TERRA, 2018). Este apoio pode ocorrer mediante exposição da situação, de forma a levar a mulher a (re) pensar seus desejos e planos de vida (SULSBACH, 2018).

Constatou-se a procura pela APS e a polícia. Nesse sentido, mulheres que sofrem violência buscam os serviços de saúde devido ao acolhimento, mesmo sem declarar o problema, mas com o apoio conseguem falar sobre a situação (PIEROTTI; D'OLIVEIRA; TERRA, 2018). Além disso, também os procuram para tratar as consequências físicas e/ou psicológicas/emocionais advindas das situações de violência vivenciadas (BARAGATTI *et al.*, 2018). Deste modo, a busca pelas unidades de saúde está relacionada ao tratamento da saúde mental (SOARES; LOPES, 2018). O suporte recebido nos serviços possibilita condições psicológicas de enfrentamento e superação do sofrimento, diferentemente de quando esse desafio ocorre de forma solitária, corroborando com o estudo que evidencia a baixa resiliência na ausência de suporte social (HILDEBRAND *et al.*, 2019).

Por outro lado, quando há resistência em falar sobre a violência no atendimento, as mulheres recebem tratamento exclusivamente medicamentoso. Assim, ao serem medicalizadas, são também silenciadas, para atenuar o sofrimento e obter forças para suportar (SOARES; LOPES, 2018).

O medo vivenciado pelas mulheres pode torná-las impotentes, impedindo-as de acessar os serviços de saúde e segurança, ao passo que, a ameaça de morte pode encorajá-las na busca de serviços protetivos (BARAGATTI *et al.*, 2019; BARAGATTI *et al.*, 2018).

A mulher pode modificar sua forma de 'se ver no mundo' no momento em que decide denunciar a violência sofrida, pois sai do estado de sofrimento e toma consciência para agir, reconhecendo que é possível se contrapor à passividade e aceitação. Sendo assim, a resiliência, enquanto processo vivido por essas mulheres, acontece pela mobilização interna geradora de uma atitude de procurar o outro, falar sobre si, obter suporte para transformar a experiência e resignificar a vida (BATISTA *et al.*, 2020). Desse modo, torna-se possível produzir um cuidado que promova o enfrentamento do trauma e a continuidade do percurso resiliente (FORNARI; LABROCINI, 2018).

Com o apoio do serviço protetivo, a mulher sente-se segura para enfrentar o agressor e a situação. Nessa direção, a Lei Maria da Penha trouxe mais segurança para as mulheres através da medida protetiva de urgência e a possibilidade de acionar a polícia diante de situações ameaçadoras (SOARES; LOPES, 2018). A relação que gera sofrimento, gera

também uma reação protetiva, que precisa de suporte externo contínuo e progressivo, pois é nos resultados das atitudes provocadas pela resiliência que pode-se acabar com a violência. Também, é com o vínculo existente entre a mulher e os profissionais que atuam nos serviços que elas conseguem conquistar autonomia e independência (FRUGOLI *et al.*, 2019; SOARES; LOPES, 2018). Assim, salienta-se a importância desses serviços no desenvolvimento da resiliência.

Observou-se, neste estudo, que algumas mulheres conseguem romper suas relações com os agressores, impulsionadas pela proteção de suas vidas e de seus filhos. Este movimento ocorre através do distanciamento do agressor e a busca de superação fora da violência, com isso mantém-se resilientes (MARCOVICZ; RAIMONDO; LABRONICI, 2014; FORNARI; LABROCINI, 2018). Outras, quando percebem a situação concreta de ameaça de morte entendem como um limite da situação vivenciada e assim emerge a capacidade de enfrentamento (BATISTA *et al.*, 2020).

As mulheres sentem o isolamento, a culpa, vergonha, medo e responsabilidade sobre a violência por permaneceram com o agressor, o que conflitua com o desejo de mudança através do rompimento conjugal, não aceitação do perdão, a perda do medo, imposição de limites e o cansaço da situação (BATISTA *et al.*, 2020). Essa condição impulsiona decisões protetivas, da mesma forma, que a necessidade de autocuidado e cuidado dos filhos impulsiona elas a manterem-se resilientes (FORNARI; LABROCINI, 2018).

Algumas mulheres do estudo fortaleceram-se por meio da qualificação profissional. Elas conseguiram investir em si, (re)pensar o relacionamento e suas vontades; e em alguns casos, afastaram-se do agressor, conseguindo impor suas vontades e seguindo resilientes em sua vida (BATISTA *et al.*, 2020). Porém, quando não há representação do trauma a mulher acaba revisitando as lembranças da violência (MARCOVICZ; RAIMONDO; LABRONICI, 2014), mas ainda é possível desenvolver a resiliência.

A responsabilidade de educar e cuidar das crianças é vista, em muitos momentos, como problema da mulher, bem como, a dificuldade para o sustento da família, sem o provedor, é uma condição de estagnação em um relacionamento violento (GOMES; FERNANDES, 2018). Ao esgotar-se nas situações vivenciadas, algumas conseguem sozinhas modificar suas vidas, superando o sentimento de impotência diante das adversidades e abandonando o cenário violento (BATISTA *et al.*, 2020). O movimento de mudança é possível, principalmente quando apoiadas por pessoas próximas e profissionais de serviços, especialmente da saúde (FORNARI; LABROCINI, 2018).

Neste estudo, as mulheres constroem seus caminhos resilientes com suporte dos serviços, principalmente quando procuram e obtêm atendimento. A confiança, a escuta e

o acolhimento nos serviços de saúde auxiliam na superação, reconstrução do respeito e reformulação das condições humanas (D'OLIVEIRA *et al.*, 2022).

A disponibilização da ajuda está relacionada ao entendimento de cuidado ao projeto de vida que varia de acordo com o contexto, história individual e momento/tempo vivenciado. Com base nisso, e considerando a resiliência como base no significado da existência humana e sentido dado a agressão e a forma como se modifica, é que se pode auxiliá-las na busca da ressignificação e orientação como forma de transformação, pois é atribuído um sentido à agressão diferente do vivenciado (BARROS; SCHRAIBER, 2017).

Salienta-se que a vivência da resiliência e a ruptura do ciclo da violência com apoio dos profissionais da rede institucional pode ser provisória, especialmente se a mulher tentar seguir sem esse suporte (LABRONICI, 2012). Vale destacar que frequentemente esta rede é constituída por serviços de saúde, segurança pública e proteção, e assistência social (PIEROTTI; D'OLIVEIRA; TERRA, 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que as mulheres foram resilientes, cada uma de maneira individualizada, devido ao rompimento do relacionamento violento e reinventando-se no processo de viver. Por outro lado, algumas mulheres foram resilientes mesmo sem o rompimento com o agressor e sem o distanciamento do ambiente violento. Porém, elas destacaram o apoio externo como essencial para dar sequência ao enfrentamento das vivências.

O apoio ofertado por meio de construções sociais de gênero precisam estar em consonância com ideais de equidade, para assim contribuir na emancipação das mulheres em violência. Com isso, a perspectiva da resiliência pode ser inserida em práticas de cuidado associando-se à política do acolhimento, uma vez que ambas estão alicerçadas em conceitos que valorizam a existência humana e transformações por meio da escuta/diálogo.

REFERÊNCIAS

BARAGATTI, Daniella Yamada; CARLOS, Diene Monique; LEITÃO, Maria Neto da Cruz; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Eliete Maria. Critical path of women in situations of intimate partner violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 26, p. 1-9, 9 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025.

BARAGATTI, Daniella Yamada; ROLIM, Ana Carine Arruda; CASTRO, Cristiane Pereira de; MELO, Márcio Cristiano de; SILVA, Eliete Maria. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão

integrativa. **Revista Panamericana de Salud** Pública, [S.L.], v. 43, p. 1-9, 8 abr. 2019. Pan American Health Organization. DOI: http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2019.34.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70.ed. Lisboa/Portugal: __, 2011.

BARROS, Claudia Renata dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006385.

BATISTA, Vanessa Carla; MARCON, Sonia Silva; PERUZZO, Hellen Emília; RUIZ, Aline Gabriela Bega; REIS, Pamela dos; SILVA, Ana Maria Nunes da; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Prisoners of suffering: perception of women on violence practiced by intimate partners. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 1, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0219.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças e agravos de notificação**: violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Disponível em: https://datasus.saude. gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de2007-em-diante-sinan/.

BRASIL. **Lei Maria da Penha no. 11340 de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

CYRULNIK, Boris. **Os patinhos feios**. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes: 2004.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; PEREIRA, Stephanie; SCHRAIBER, Lilia Blima; GRAGLIA, Cecília Guida Vieira; AGUIAR, Janaína Marques de; SOUSA, Patrícia Carvalho de; BONIN, Renata Granusso. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-17, 2020. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/interface.190164.

FORNARI, Lucimara Fabiana; LABRONICI, Liliana Maria. O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-8, 15 jan. 2018. Universidade Federal do Parana. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081.

FRUGOLI, Rosa; MISKOLCI, Richard; SIGNORELLI, Marcos Claudio; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. De conflitos e negociações: uma etnografia na delegacia especializada de atendimento à mulher. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 201-214, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170842.

GOMES, Ingridd Raphaelle Rolim; FERNANDES, Sheyla C. S.. A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, v. 38, n. 94, p. 55-66. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v38n94/v38n94a06.pdf.

HILDEBRAND, Natália Amaral; CELERI, Eloisa Helena Rubello Valler; MORCILLO, André Moreno; ZANOLLI, Maria de Lurdes. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 53, p. 1-14, 30 jan. 2019. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). DOI: http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000391.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 625-632, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000300018.

MARCOVICZ, Gabriele de Vargas; RAIMONDO, Maria Lucia; LABRONICI, Liliana Maria. The route resilience of women victims of conjugal violence / O percurso de resiliência de mulheres em situação de violência conjugal. **Revista de Enfermagem da Ufpi**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 4-10, 18 jul. 2014. Universidade Federal do Piaui. DOI: http://dx.doi.org/10.26694/reufpi.v3i2.1960.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVA, Marta Maria Alves da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodré; MORAES, Tatiana Nemoto Piccoli; CENTA, Maria de Lourdes. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 497-506, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000200018.

NETTO, Leônidas de Albuquerque; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; LEITE, Francièle Maraboti Costa; SILVA, Giuliana Fernandes e. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-8, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170007.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 66, p. 789-800, 21 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0835.

SULSBACH, Patricia Andrea. A resiliência de mulheres que sofreram violência doméstica: uma revisão. **R. Inter. Interdisc.**: INTER thesis, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 111-129, abr. 2018. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2018v15n1p111/35888.

PIEROTTI, Camila Faria; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; TERRA, Maria Fernanda. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, [S.L.], v. 63, n. 1, p. 12, 8 maio 2018. Fundacao Arnaldo Vieira de Carvalho. DOI: http://dx.doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.1.12.

CAPÍTULO 12

VISITA DOMICILIAR ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SUAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO RURAL

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 28/08/2022

Isabel Cristina dos Santos Colomé
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0892521286637245

Alice do Carmo Jahn
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/9208717195785577

Darielli Gindri Resta Fontana
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o Currículo: http://lattes.cnpq.br/3313403564756284

Fernanda Sarturi
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0930953751809465

Jéssica Mazzonetto
Prefeitura Municipal de Seberi
Seberi - RS
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/3986794364414215

RESUMO: A visita domiciliar é importante instrumento para a atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade, sobretudo das pessoas com deficiência que vivem no contexto rural. Este estudo objetiva conhecer as vivências da visita domiciliar por profissionais da equipe de saúde da família no contexto rural, na atenção às pessoas com deficiência e suas famílias. Caracteriza-se como exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em um município localizado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, que apresenta 70% de população rural. Os participantes foram os profissionais que compõem as equipes de saúde da família que atendem a área rural do município. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas nos locais de trabalho dos participantes, seguindo um roteiro de questões que contemplam o objetivo do estudo. A análise dos dados seguiu a Análise de Conteúdo proposta por Minayo e permitiu a construção de duas categorias: A visita domiciliar como estratégia de cuidado fundamental para as pessoas com deficiência e Desafios e potencialidades da realização da visita domiciliar no contexto rural. A visita domiciliar mostrou-se uma estratégia legítima de atenção à saúde das pessoas com deficiência que vivem no contexto rural, contribuindo no rompimento de barreiras para o acesso à saúde e inserção dos usuários no sistema.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Pessoas com Deficiência; Visita Domiciliar.

HOME VISIT TO PEOPLE WITH DISABILITIES AND THEIR FAMILIES IN THE RURAL CONTEXT

ABSTRACT: The home visit is an important instrument for the health care of the individual, family and community, especially for people with disabilities living in the rural context. This study aims to know the experiences of home visits by professionals from the family health team in the rural context, in the care of people with disabilities and their families. It is characterized as a descriptive exploratory, with a qualitative approach. It was developed in a municipality located in the northern region of the State of Rio Grande do Sul, which has 70% of the rural population. The participants were the professionals who make up the family health teams that serve the rural area of the municipality. Data collection was carried out through semi-structured interviews carried out in the participants' workplaces, following a script of questions that address the objective of the study. Data analysis followed the Content Analysis proposed by Minayo and allowed the construction of two categories: Home visits as a fundamental care strategy for people with disabilities and Challenges and potentialities of carrying out home visits in the rural context. The home visit proved to be a legitimate health care strategy for people with disabilities who live in the rural context, contributing to breaking down barriers to accessing health care and inserting users into the system.
KEYWORDS: Nursing; Disabled people; Home visit.

1 I INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a temática da visita domiciliar por profissionais da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto rural, destacando as pessoas com deficiência e suas famílias que vivem nesse cenário.

A Atenção Básica de Saúde (ABS) considera a singularidade e inserção sociocultural do sujeito, buscando produzir atenção integral à saúde. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no atendimento das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, observando critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

Para a reorganização e fortalecimento da ABS foi instituída a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual busca reorganizar e reorientar as práticas multiprofissionais, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio do conhecimento do território para diagnosticar os problemas de saúde da população, o que implica na criação de vínculos entre os usuários e as equipes de saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2012).

Entre as atribuições e atividades realizadas pelos profissionais na saúde da família destaca-se a Visita Domiciliar (VD) que se caracteriza como um instrumento relevante para prestação de atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade. Por meio da VD é possível conhecer a realidade vivenciada pelos usuários e suas famílias no contexto onde vivem, contribuindo para a intervenção no processo saúde doença, além de possibilitar

o fortalecimento de vínculos entre os usuários, família/comunidade e os profissionais (MOURÃO et al., 2010), permitindo à equipe de saúde conhecer o que não é visível nas consultas realizadas no interior dos serviços de saúde (PERIN et al., 2017).

Os territórios onde os profissionais atuam realizando visitas domiciliares apresentam diversos cenários, dentre eles destaca-se o contexto rural. Este revela condições de vulnerabilidade tanto para a população, quanto para os agentes no processo de trabalho. Dentre esses entraves destacam-se as questões geográficas, que incluem a dificuldade de acessibilidade e acesso aos serviços de saúde pela distância excessiva em relação aos mesmos e a escassez de transporte (SILVA, 2011).

Segundo Kageyama (2004) o conceito de rural é muito amplo, porém há um consenso entre diversos autores, sendo que o rural é uma unidade territorial com áreas de espaço aberto, não é sinônimo de agrícola, no entanto pode ser desenvolvida atividades agrícolas, podendo ser multissetorial e multifuncional e uma população com densidade relativamente baixa.

Existem outras dificuldades no que se refere a acessibilidade ao domicílio do usuário que vive no meio rural, principalmente quando esses possuem pessoas com deficiência na família. Umas delas está relacionada às dificuldades da equipe de saúde no atendimento a essas pessoas, o que é atribuído à falta de conhecimento, treinamentos inadequados, falta de empatia e confiabilidade, remuneração inapropriada, além da carência de equipamentos especiais para o atendimento adequado deste público. Outro motivo que tem influência significativa é a dificuldade dos profissionais na criação de vínculo com os pacientes e familiares, o que pode interferir na qualidade da assistência, impedindo a confiança entre os profissionais da rede e o usuário com deficiência e seus familiares (VARGAS et al., 2016).

A acessibilidade é imprescindível aos usuários com deficiência, podendo destacar o acesso à circulação nas ruas, à falta de oportunidades e também aos serviços de saúde. A unidade de saúde deveria ser um local de fácil acesso a essas pessoas, permitindo desta forma uma experiência positiva e um melhor atendimento à saúde desta população. Com isso, poucas pessoas acessam os serviços de saúde para a realização contínua de tratamento. Assim, os profissionais têm se dedicado à elaboração de modalidades de intervenção que promovam a assistência de pessoas com deficiência no âmbito territorial e comunitário (AOKI et al., 2011).

Diante da problemática apresentada, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Quais as vivências da VD pelos profissionais da equipe de saúde da família no contexto rural, no cuidado às pessoas com deficiência que vivem nesse cenário?

Portanto, o **objetivo geral** do estudo foi conhecer as vivências da visita domiciliar pelos profissionais da equipe de saúde da família no contexto rural, no cuidado às pessoas com deficiência e suas famílias.

2 I MÉTODO

Esta pesquisa tem abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa está associada às ciências sociais, trabalha com o universo de significados, valores, crenças e atitudes, permitindo a construção de novas abordagens, análises e desenvolvimento de novos conceitos (MINAYO, 2011).

As pesquisas exploratórias têm como objetivo desenvolver, explicar e transformar conceitos e ideias, visando à definição de problemas mais precisos ou hipóteses possíveis de serem analisadas em estudos posteriores. A pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de determinada população, fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis. (GIL, 2008).

Este estudo foi vinculado ao projeto matricial *Determinantes Sociais em Saúde em pessoas com deficiência, famílias e rede de apoio ao cenário rural: múltiplas vulnerabilidades*, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC) da Universidade Federal de Santa Maria – campus Palmeira das Missões.

Os municípios que abrangem o estudo integram as referidas Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo selecionado o município que possuía mais de 70% de população rural. Assim, o estudo foi desenvolvido em um município localizado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, o qual possuía 8.027 habitantes, sendo que no rural há 5.812 pessoas e no urbano 2.211. A economia estava centrada na agricultura familiar. A rede de serviços de saúde era composta por quatro unidades de saúde da família, um hospital geral e um centro de especialidades.

Os participantes desta pesquisa foram os profissionais que compõem as quatro equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentista) que atendem a área rural do município, sendo que uma equipe está totalmente inserida dentro do território rural.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional atuante na ESF que atende no cenário rural no município e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. O critério de exclusão foi: profissionais que estavam afastados do trabalho em função de férias ou licença saúde/ maternidade no período da coleta dos dados.

Considerando esses critérios, participaram da pesquisa treze profissionais: quatro

enfermeiros, três médicos, um dentista, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2019 e foi desenvolvida por meio de uma entrevista semiestruturada, dando a possibilidade do entrevistado de discorrer sobre o tema em questão sem se prender exclusivamente às indagações formuladas (MINAYO, 2011). A entrevista seguiu um roteiro preestabelecido de acordo com o objetivo do estudo, contendo questões sobre: a importância da VD para o trabalho dos profissionais no contexto rural; como ocorre a VD no cotidiano da equipe; desafios e potencialidades da VD às pessoas com deficiência que vivem no rural.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, número do CAAE 69973817.4.0000.5346 em 09 de agosto de 2017.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora nos locais de trabalho dos participantes. Estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e a outra com os sujeitos. Para garantir o anonimato as falas dos participantes foram codificadas conforme a categoria profissional e a ordem de realização das entrevistas: Enfermeira 1 (Enf 1, Enf 2…), Médico 1 (Med 1, Med 2...), Dentista 1 (Dent 1), Técnico de Enfermagem (Téc. Enf 1, Téc Enf 2…) e Agente Comunitário de Saúde 1 (ACS 1, ACS 2, ACS 3).

Para disposição e análise dos dados, foi escolhida a análise de conteúdo apresentado por Minayo (2011), realizada em quatro etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na etapa de pré-análise foi realizada a organização do material coletado com a transcrição e leitura das entrevistas, buscando sistematizar as principais ideias. Na segunda etapa procedeu-se a exploração do material, transformando os dados brutos em núcleos de compreensão do texto. Os dados foram agregados e classificados, estabelecendo-se as categorias. Na última etapa ocorreu o tratamento dos dados e interpretação, em que buscou-se articular o material empírico com as dimensões teóricas.

3 | RESULTADOS

A partir dos dados foi possível a construção de duas categorias: A VD como estratégia de cuidado fundamental para as pessoas com deficiência; e Desafios e potencialidades da visita domiciliar às pessoas com deficiência no rural.

3.1 A visita domiciliar como estratégia de cuidado fundamental para as pessoas com deficiência

Nesta categoria os sujeitos do estudo relatam que a Visita Domiciliar se configura como estratégia de cuidado fundamental diante das características do cenário rural, das condições de saúde dos usuários e do trabalho da ESF. Enfatizam que há um grande número de usuários que necessitam das VDs, pois muitos têm algum tipo de limitação ligada à deficiência, impossibilidade de mobilidade (pessoas acamadas), falta de transporte para o acesso e grande distância dos serviços de saúde. Assim, mencionam que as visitas domiciliares possibilitam o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, por meio da aproximação dos profissionais das famílias e do seu contexto de vida.

> [...] a nossa visita muitas vezes é a única forma que eles têm de acesso ao serviço (Enf.3)
>
> É importante a visita para algum paciente que tem deficiência física, alguma doença crônica ou que estão incapacitados de comparecer à ESF, então é importantíssimo a participação da equipe de saúde [...] (Med.1)

A importância da VD no contexto rural à pessoas com deficiência para os profissionais está relacionada principalmente às dificuldades de acessibilidade e acesso dos usuários ao serviço de saúde, conforme expresso nas seguintes falas:

> [...] a pessoa não tem condição de locomoção, a gente tem muito problema de população mais carente e que tem dificuldade de transporte, não sei se vocês chegaram ir nas casas, elas são retiradas, de difícil acesso, comunicação prejudicada, não tem ônibus, não tem transporte [...] (Enf.3)
>
> [...] tem pessoas deficientes que não conseguem se locomover e é difícil o acesso. (Enf 1)

No entanto, a visita domiciliar não é vista apenas como um instrumento para conhecer o território e dar condições de acessibilidade e acesso à saúde, mas também para promover saúde e prevenir agravos àquelas pessoas impossibilitadas de chegar até a unidade básica de saúde, como grande parte de usuários que apresentam deficiência.

> A visita na casa das pessoas com deficiência é preventiva, para orientação [...] (Dent.1)
>
> Outro aspecto destacado nas falas dos entrevistados foi a importância de conhecer as necessidades das famílias nos contextos onde estão inseridos para prestar um cuidado à saúde coerente com sua realidade.
>
> [...] é indo na casa que a gente vê e entende muito o porquê do problema e como chegou naquela situação. (Tec. Enf.1)
>
> [...] é importante para saber a situação da família, como ela se encontra, o meio onde está vivendo. Ver a situação da saúde, da higiene, a questão

> social. (Tec. Enf.2)
>
> É essencial a visita domiciliar para a gente ter contato com o ambiente onde a pessoa vive, para saber a realidade deles, que vai influenciar muito no tratamento [...]. (Med.1)

Os participantes comentaram também sobre a forma de abordar os usuários com deficiência na VD, a qual ocorre de forma diferenciada, tendo em vista que na maior parte das vezes as orientações necessitam ser dadas aos familiares ou cuidadores pelas dificuldades de comunicação com a pessoa. Ainda, frequentemente, o atendimento acaba acontecendo na rua, aproveitando o momento em que os profissionais encontram os usuários no dia-a-dia da comunidade.

> É mais difícil um pouco a abordagem né, porque desde a conversa que você tem dar orientação, na maioria das vezes é orientado a família, porque tem alguns casos que a gente não consegue entender bem o que a pessoa com deficiência fala [...] (ACS.2)
>
> [...] na verdade têm casos que a gente acaba falando mais com o familiar, a gente levanta informações pelo familiar daqueles deficientes que não tem condições de se comunicar. (Enf.3)
>
> [...] a gente aborda eles diferente [...]. Quando encontra eles na rua puxa para algum lugar, tem várias situações e cada uma exige uma coisa diferente, algum improviso [...] (Enf.3)

Os sujeitos do estudo relataram ainda que buscam trabalhar em equipe multiprofissional na realização da VD no rural, destacando o papel do agente comunitário de saúde.

> [...] vai a médica comigo (na visita), às vezes vai o dentista dependendo do caso, a nutricionista vai junto, e nas quintas-feiras tem a psicóloga e assistência social do NASF. (Enf.3)
>
> Depende do problema que é trazido pelo agente de saúde ou até mesmo quando eles vêm na unidade pedir alguma visita domiciliar, a gente faz tipo uma mesa redonda com a equipe multi, daí a gente conversa para tentar solucionar esse problema [...]. (Enf.2)

3.2 Desafios e potencialidades da visita domiciliar às pessoas com deficiência no rural

Foram elencados pelos entrevistados os seguintes desafios/obstáculos para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais aos usuários e famílias no contexto rural: dificuldade de acessibilidade e acesso (intempéries do tempo e a falta de adesão do instrumento pelos usuários).

> [...] no trajeto, as estradas né, a chegada até a casa, porque nós temos a nossa área que tem lugar que não vai carro [...]. (Tec. Enf.1)

> [...] às vezes o tempo, o clima se chove tem lugares que tem sanga a gente não consegue passar aí tem aquelas pinguelas, é dificuldade de locomoção mesmo de acesso [...]. (Med.2)

Outro fator encontrado pelos profissionais que dificultam o desenvolvimento da Visita Domiciliar de qualidade é a falta de adesão às orientações e cuidados por algumas famílias, conforme é relatado na entrevista.

> [...] tem uma família que tem bastante dificuldade com a mãe, para orientação do filho que é deficiente, ela não dá muita importância para as orientações. (ACS.1)
>
> [...] tem uma criança desnutrida […] (mãe) veio com a criança de sete meses com seis quilos daí eu, a enfermeira e a técnica fomos falar sobre alimentação, sobre o que já era para ser introduzido e ela não gostou. Aí o marido falou que não viessem mais, que não ia receber […] alguns usuários resistem [...]. (Med.2)

Foi possível observar através dos relatos, as potencialidades encontradas na realização deste instrumento no rural como: carro à disposição, disponibilidade de dois dias da semana para a realização da VD, envolvimento de toda a equipe multiprofissional e disposição do NASF.

Os profissionais relataram que comumente há disponibilidade de carro para a prática da VD, como pode ser observado nas falas a seguir.

> Tem carro para a gente ir nos locais [...] (Enf.2)
>
> Tem disponibilidade do carro que fica conosco o dia todo, é a gente mesmo que dirige ele [...] (Enf.3)

Outra potencialidade citada pelos profissionais é a organização da agenda da equipe, disponibilizando assim um turno em dois dias da semana para a realização da visita domiciliar.

> Nós temos dois dias por semana para fazer visita domiciliar [...] (Enf.2)
>
> As visitas domiciliares aqui são feitas nas segundas a tarde e sexta a tarde. (Dent.1)

Foi ressaltado durante a entrevista o envolvimento de toda a equipe multiprofissional da ESF na utilização deste instrumento, fazendo com que este seja mais completo.

> Vai toda a equipe, técnicos de enfermagem, enfermeiro, quando necessário o dentista vai junto, o médico e o agente comunitário de saúde daquela área. (Enf.3)
>
> Quem realiza a visita é a médica, enfermeira, técnica e eu que sou dentista e o próprio agente de saúde [...] (Dent.1)

A ESF pode contar também com os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem como finalidade dar suporte aos trabalhadores da unidade básica de saúde e ampliar a assistência aos usuários.

> [...] aí pessoal do NASF vai nas visitas quando necessário [...] São três profissionais que tem no NASF que a gente dispõe na visita, que é o psicólogo, assistente social e a nutricionista. (Enf.2)
>
> Tem as gurias do NASF, quando surge alguma demanda pra gente, elas vão junto [...] (Med.2)

A partir dos depoimentos dos participantes, ficam evidentes os desafios que enfrentam em seu cotidiano de trabalho para a realização das visitas domiciliares no cenário rural, no entanto, a possibilidade de ações interprofissionais, a priorização da visita na agenda do serviço, a disponibilidade de transporte e o apoio do NASF aparecem como potencialidades importantes.

4 l DISCUSSÃO

A visita domiciliar é um importante instrumento de trabalho, que organiza a ESF através da inserção dos profissionais da saúde nos espaços familiares e na comunidade, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças (OLIVEIRA e SOUZA, 2013). Caracterizada como uma tecnologia leve, permite ao usuário uma forma de cuidado mais humanizada, amplificando o acesso da população à saúde (ANDRADE et al., 2014).

As pessoas com deficiências têm adversidades que acabam dificultando sua vivência na sociedade e sua autonomia, além da fragilidade no acesso aos serviços de saúde do SUS. Com isso, as equipes de saúde utilizam a visita domiciliar como instrumento de intervenção, pois esta auxilia na criação de vínculos e oportuniza a convivência das pessoas com deficiência na sociedade, permitindo diminuir os traumas da deficiência na vida diária (Ferreira e Oliver, 2010).

O difícil acesso aos serviços de saúde pelos usuários da zona rural contribui para a escassez da promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento, o que pode comprometer os serviços de saúde prestados pelas equipes da ESF (SILVA, 2011).

Os profissionais da saúde que atuam na zona rural enfrentam problemas como a irregularidade no solo e a distância entre o domicílio e a unidade de saúde. As pessoas com deficiência que tem dificuldade de locomoção e necessitam ir até a parada de ônibus, acabam por não ir até a unidade básica de saúde, ou ainda o transporte não é adaptado para essa população (URSINE, PEREIRA e CARNEIRO, 2018).

A definição de acesso e acessibilidade tem sido motivo de estudo, já que são

fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas na área da saúde. Entretanto, com o passar do tempo, o conceito de acesso à saúde tornou-se mais complexo, com a inclusão de aspectos de difícil mensuração (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

O acesso à saúde nas áreas rurais está relacionado à infraestrutura, como maior distância, locais mais vulneráveis e dificuldade para entrada nos serviços públicos, o que reflete na qualidade do atendimento à população e ocasiona desiguais condições de saúde (ARRUDA, 2018).

A acessibilidade está ligada à organização que possibilita a entrada nos serviços de saúde e todo acolhimento e tratamento que se sucede. Conforme Travassos e Martins (2004) diferentes autores empregam o substantivo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso ato de ingressar/ entrada ou utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade e dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Por meio da visita domiciliar é possível observar a realidade vivenciada pelos usuários, a qual induz a sua situação de saúde e doença e outras disposições presentes e não destacadas no cotidiano da assistência nas consultas realizadas na unidade de saúde (PERIN et al, 2017).

A concepção dos profissionais sobre a relevância de conhecer o meio em que vivem os usuários pode ser um agente potencializador da integralidade do cuidado à saúde, pois, como refere Savassi (2016), no momento da realização da VD é possível conhecer o contexto familiar e social do usuário, e desta forma entender os fatores que levaram ao adoecimento e não apenas para os elementos biológicos da doença. Desse modo, é importante que o profissional de saúde tenha um olhar ampliado para o ambiente interno e externo do domicílio, tanto os sociais e comunitários como as condições sanitárias insalubres, sendo este, foco de doenças, quanto para aqueles internos como ventilação, iluminação, risco de quedas e acesso mínimo de condições de vida.

A Política de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no SUS orienta que a unidade básica de saúde seja um local que ofereça um atendimento resolutivo e os profissionais devem estar capacitados para ofertar uma assistência de qualidade. Nesse cenário, a equipe de enfermagem, juntamente com os demais profissionais da equipe, deve realizar atividades de promoção à saúde, construir estratégias de prevenção de deficiências, intervir nos casos diagnosticados, além de contribuir para o processo de reabilitação das pessoas com deficiência (BELMIRO et al., 2017).

Esses achados convergem com os dados do estudo de Savassi (2016) no qual a escolha da família/usuário a ser visitado é dada a partir da demanda de um ACS, de

uma necessidade relatada na consulta de enfermagem ou por meio da família que entra em contato com o serviço de saúde, identificando desta forma a necessidade de destinar um tempo e espaço na agenda semanal para abordar e tomar conhecimento da situação (SAVASSI, 2016).

Considera-se que a integração das várias áreas do conhecimento pode contribuir para a realização de um atendimento de qualidade no domicílio. Para Ohara e Saito (2014) a ESF tem como característica o trabalho em equipe, o que oportuniza potencializar os recursos e possibilitar ações com diferentes abordagens nos contextos desconhecidos onde a estratégia está inserida.

Na zona rural, a chegada dos profissionais ao domicílio torna-se um desafio. As casas são distantes umas das outras e as estradas ruins dificultam. No tempo das chuvas, o desafio torna-se ainda maior, devido à falta de pavimentação, as estradas rurais ficam intransitáveis por quase toda sua extensão (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; NETO et al., 2016).

Corroborando com os resultados deste estudo, Lima e Lopes (2016) destacam que mesmo com as dificuldades para a efetivação da VD, por conta de domicílios localizados em zona rural, isso não é um impeditivo para a realização deste instrumento de cuidado pelos profissionais. Para Savassi (2016) a atuação em regiões rurais aumenta as necessidades de entendimento e habilidades dos profissionais para resolver situações próprias deste cenário, onde a grande parte dos atendimentos se dá no domicílio (SAVASSI, 2016).

Na prática da visita domiciliar, os profissionais enfrentam ainda a problemática de resistência por parte de alguns usuários e famílias frente às orientações de cuidado e tratamento, além da recusa de recebê-los. Conforme Nascimento et al. (2013) os trabalhadores da saúde não serem bem recebidos pelos usuários e suas famílias mostra o desconhecimento da importância da VD, o que pode contribuir para a desvalorização deste instrumento (NASCIMENTO et al., 2013).

A VD causa certa exposição da vida privada do usuário em seu espaço domiciliar. Assuntos particulares se tornam alvo de avaliação dos profissionais de saúde, fazendo com que isso gere resistência por parte das famílias. Desta forma o vínculo e a confiança devem ser colocados em primeiro lugar nessa relação de compartilhamento, além de serem protegidos como parte do ato de cuidar (CUNHA; SÁ, 2013).

Neste estudo, a VD é realizada de forma multiprofissional e tem ainda o apoio do NASF. Para Neto et al. (2016) o trabalho em equipe é um facilitador para um bom relacionamento entre os profissionais e imprescindível para o desempenho adequado do processo de trabalho na ESF.

A ESF é composta por diversos profissionais, cada qual com seu conhecimento, caracterizando-se assim um conjunto e troca de saberes entre os membros da equipe, contribuindo desta forma para uma assistência integral ao usuário (FILHO e SOUZA, 2017).

Destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde nesse contexto, pois o conjunto ampliado de práticas desses profissionais os coloca como sujeitos fundamentais para a promoção de cuidados, o acesso da população rural à rede de atenção à saúde e a transformação das práticas de saúde. Pesquisa revelou que o agente de saúde mostrou-se como o principal vínculo dos serviços de saúde com a comunidade, muitas vezes o único representante do Estado na localidade, configurando-se como elo real entre a população ribeirinha/rural e o serviço de saúde (LIMA, 2021).

O enfrentamento das necessidades de saúde de um indivíduo e sua família em toda a complexidade do seu lar requer a mobilização de diferentes saberes e fazeres, portanto é importante que os profissionais exercitem frequentemente uma reflexão crítica sobre suas práticas durante as VDs, identificando suas fragilidades (pessoais, de formação) e buscando superá-las por meio de novas maneiras de cuidar. Maneiras estas pautadas nas relações estabelecidas no ambiente domiciliar entre profissionais de diferentes formações, saberes e visões, e usuários em uma mesma ação, o que favorece a compreensão integral do processo de saúde-doença e a troca de saberes. Assim, a VD configura-se como potente estratégia técnico-assistencial e pedagógica a todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde (QUIRINO et al., 2020).

O NASF é uma importante estratégia para viabilizar o fortalecimento da ESF, desenvolver e aperfeiçoar um novo modelo de atenção à saúde, voltado ao trabalho de equipe multiprofissional. O apoio matricial deve reorientar e reorganizar o modelo de atenção e de gestão com a equipe da ESF (ANJOS et al., 2013).

Os profissionais das equipes NASF podem estabelecer uma prática colaborativa interprofissional e interdisciplinar junto às ESFs, sendo a visita domiciliar um dos meios para a construção do modelo integral de cuidado, em um processo contínuo de aprendizagem, configurando-se como um potente instrumento de educação permanente em saúde (QUIRINO et al., 2020).

Os resultados deste estudo divergem com os de Santos, Uchoa-Figueiredo e Lima (2017), que mostram que não há efetividade no trabalho em conjunto da ESF com o NASF, pois os profissionais da atenção básica não estão organizados para atividades não previstas e não há participação dos profissionais do NASF em atividades como a VD.

No entanto, este estudo mostrou que os atendimentos são realizados para além da unidade de saúde e do domicílio, nos espaços comunitários e que os profissionais adaptam

sua prática de forma criativa e multiprofissional, a fim de atender as necessidades de saúde das pessoas com deficiência e suas famílias no rural.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar configura-se como uma estratégia de cuidado fundamental para o atendimento da equipe de saúde rural às pessoas com deficiência e suas famílias, pois sua atuação nesse cenário se dá em grande parte no domicílio e, muitas vezes, é a única possibilidade de atendimento à saúde da pessoa com deficiência e sua família, ultrapassando as barreiras para o acesso à saúde e permitindo a inserção dos usuários no sistema. Os desafios para os profissionais incluem: dificuldade de acessibilidade e acesso dos usuários ao serviço; dificuldade de comunicação com as pessoas com deficiência; falta de adesão dos usuários e suas famílias às orientações. As potencialidades relacionam-se à disponibilidade de carro para a prática da VD, organização da agenda dos profissionais atuantes na ESF, envolvimento da equipe multiprofissional e atuação conjunta com o NASF.

Esta construção traz dados que corroboram com o que é preconizado pela Política de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, na medida em que demonstra que os profissionais adaptam sua prática para atender as necessidades de saúde desta população, buscando diminuir as assimetrias no processo de cuidado por meio da VD. Destaca-se a importância da capacitação dos profissionais e a formação integrada para um atendimento integral das pessoas com deficiência que vivem no rural, através de uma atenção eficaz e horizontalidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.M. et al. **Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014A.

ANJOS, K.F. et al. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, p. 672-680, Dec. 2013.

BAPTISTINI, R.A; FIGUEIREDO, T.A.M. **Agentes comunitário de saúde: desafios do trabalhador na zona rural.** Ambiente. soc. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53- 70, 2014.

BELMIRO, S.S.D.R et al. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência à criança com deficiência na atenção primária à saúde.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 4):1679-86, abr., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

___BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

____BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de Outubro de 1989.** Dispõe sobre Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. 1989.

_____BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008.** Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Art. 1º. Propósito.

CUNHA, M.S.; SA, M.C. **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, Mar. 2013.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C**. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010.

FILHO, N.C.A.; SOUZA, A.M.P. **A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil.** Interface. [S.l], 21 (60) Jan-Mar 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KAGEYAMA, A. **Desenvolvimento rural: conceito e medida. Cadernos de Ciência & Tecnologia**, Brasília, v.21, n. 3, p.379-408, set./dez. 2004.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. **A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família.** Rev Eletrônica Enferm. [S.l], 2012.

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO M.C.R.; ALMEIDA, P.F. **O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n.8, Rio de Janeiro, Agosto, 2021.

LIMA, R.A.D.S.S.; LOPES, A.O.S. **Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família.** *Revista de Psicologia*. [S.l], *10*(32), 199-213, 2016.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R**. Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 30. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MOURÃO, S.M. et al. **A visita domiciliar como instrumento para a promoção de práticas de higiene: uma revisão bibliográfica.** SENARE, Sobral, v.9,n.2, p.86-92,jul./dez.2010.

NASCIMENTO, J.S.; COSTA, L.M.C.; SANTOS, R.M.; ANJOS, D.S. **Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem.** Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza, 26(4): 513-522, out./dez., 2013.

NETO, F.R.G.X et al. **Necessidades de qualificação, dificuldade e facilidades dos técnicos de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.** SANARE, Sobral. v.15 n.01, p.47-54, Jan./Jun. - 2016 – 47.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (org.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade.** 3. Ed. São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, N. L.; SOUZA E. C. F. de. **A visita domiciliar: lócus privilegiado das ações de educação em saúde com vistas ao cuidado integral.** In: Anais do II Congresso Virtual Brasileiro - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013. Convibra Saúde. [S.l], v.2, p.1-15. 2013.

PERIN, C.B.; CALZA, D.; AZEVEDO, D.; OLIVEIRA, S.S.Z.; SANTOS, E.E.P.; AMTHAUER, C. **Reflexões sobre visita domiciliar: estratégia para o cuidado qualificado e integral de indivíduos e famílias.** Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste, v. 2, p. e14084, 27 jul. 2017.

QUIRINO, T.R.L.; JUCÁ, A.L.; ROCHA, L.P.; CRUZ, M.S.S.; VIEIRA, S.G. **A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.** Revista SUSTINERE, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p.253-273, jan-jun, 2020.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. **Conceitos de acesso à saúde.** Rev Panam Salud Publica. [S.l], 31(3):260–8. 2012.

SANTOS, R.A.B.G.; UCHOA-FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L.C. **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 41, n. 114, p. 694-706, Sept. 2017.

SAVASSI, L.C.M. **Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 11, n. 38, p. 1-12, ago. 2016. ISSN 2179-7994.

SILVA, D.P. **Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de Saúde da Família do município de Pintópolis - MG: uma proposta de intervenção.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 .

VARGAS, S.C., et al. **Assistência à saúde da pessoa com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, p. 224-234, out. 2016.

URSINE, B.L.; PEREIRA, E.L.; CARNEIRO, F.F. **Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 22, n. 64, p. 109-120, Mar. 2018.

CAPÍTULO 13

VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO RURAL

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 26/08/2022

Isabel Cristina dos Santos Colomé
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0892521286637245

Darielli Gindri Resta Fontana
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o Currículo: http://lattes.cnpq.br/3313403564756284

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
Link para o currículo: http://lattes.cnpq.br/8557033172028151

Cristiane Duarte Christovan
Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado do Bugre
Lajeado do Bugre - RS
Link para o currículo: ://lattes.cnpq.br/5667560379529990

RESUMO: Este estudo objetiva conhecer as vivências de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família frente a Pessoas com Deficiência (PCDs) e suas famílias que vivem no contexto rural. Os objetivos específicos foram: identificar os principais tipos de deficiência atendidos pelos profissionais; os instrumentos e tecnologias utilizados no cuidado; o conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas direcionadas as essas pessoas; verificar as dificuldades encontradas para trabalhar com as PCDs e suas famílias. Foi realizado em um município da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, que apresenta população rural 70% maior que a urbana. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais que atuam na ESF no município. As informações foram analisadas seguindo os preceitos da Análise de Conteúdo de Minayo (2009). Os aspectos éticos respeitaram a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde. A análise dos dados permitiu a construção de três categorias: Significado de Deficiência para a equipe de saúde da família rural; Tipos de deficiência atendidos pela equipe de ESF no cenário rural; e Desafios no trabalho da equipe frente às PCDs e suas famílias no contexto rural. A atuação da equipe pode contribuir para o acolhimento às PCDs e suas famílias, que não se limite aos aspectos clínicos da deficiência, mas inclua o acompanhamento familiar, estímulo da autonomia e preservação de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: População rural; Saúde da Família; Pessoa com deficiência; Pessoal de Saúde; Assistência Centrada no Paciente.

EXPERIENCES OF THE FAMILY HEALTH TEAM IN CARE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE RURAL CONTEXT

ABSTRACT: This study aims to know the experiences of professionals who work in the Family Health Strategy in relation to People with Disabilities (PCDs) and their families who live in the rural context. The specific objectives were: to identify the main types of disabilities attended by professionals; the instruments and technologies used in care; the knowledge of professionals about public policies aimed at these people; to verify the difficulties encountered in working with PWDs and their families. It was carried out in a municipality in the north/northwest region of Rio Grande do Sul, which has a rural population 70% greater than the urban population. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with professionals working in the FHS in the city. The information was analyzed following the precepts of Minayo's Content Analysis (2009). The ethical aspects respected Resolution 466 of December 12, 2012 of the National Health Council. Data analysis allowed the construction of three categories: Meaning of Disability for the rural family health team; Types of disabilities attended by the FHS team in the rural setting; and Challenges in the team's work with PWDs and their families in the rural context. The team's performance can contribute to the reception of PWDs and their families, which is not limited to the clinical aspects of the disability, but includes family monitoring, encouragement of autonomy and preservation of rights.
KEYWORDS: Rural population; Family Health; Disabled person; Health Personnel; Patient Centered Care.

1 I INTRODUÇÃO

A temática apresentada aborda o cuidado em saúde pela equipe que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) no cenário rural, frente às pessoas com deficiência e suas famílias. Buscou-se a compreensão sobre as vivências dos profissionais no cuidado, tendo em vista desvendar os desafios e potencialidades presentes no mesmo.

As Pessoas com Deficiência (PCDs) caracterizam-se por possuírem alguma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a sua capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social (BRASIL, 2008).

No censo do IBGE de 2010 foram identificadas 23,9% de PCDs no Brasil, sendo 15,6% em áreas rurais. Esses dados mostram a necessidade de um olhar diferenciado no que tange às políticas públicas, direitos humanos e acessibilidade nessas áreas. A prevalência das deficiências muda de acordo com a natureza delas, sejam congênitas ou adquiridas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da auditiva, em 5,10% e da mental ou intelectual, em 1,40% (OLIVEIRA, 2012).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) é um importante componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por desenvolver ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à saúde a estes indivíduos e suas famílias. Nesse contexto, destaca-se a ESF como uma das pioneiras para reorganização do modelo de atenção à saúde em nosso país. Visa à integração e organização das atividades em um determinado território com enfoque principal na família, no ambiente em que vive, e uma maior proximidade com a comunidade a ser assistida, dando cobertura às necessidades de saúde da população (ORTIZ, 2018). AS características da ESF podem contribuir de forma significativa para a saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência e suas famílias que vivem no rural.

O atendimento às PCDs deve ser prestado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. A atenção à família da pessoa com deficiência configura uma medida essencial para o atendimento completo e eficaz (BRASIL, 2007).

As PCDs que vivem no cenário rural podem estar em maior desvantagem quanto às suas condições de saúde e isto está associado com a falta de oportunidades e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, haja vista que essa população, por vezes, desconhece seus direitos sociais e assistenciais e vivem isoladas no ambiente doméstico com mínimo contato interpessoal (URSINE, 2017).

Estudo evidenciou que os principais desafios no atendimento pelos profissionais de saúde aos usuários no cenário rural são a falta de comunicação, a infraestrutura precária de acesso ao serviço e o despreparo da equipe para o cuidado, com falta de treinamentos e conhecimentos sobre o assunto. Outra pesquisa sobre o cuidado às PCDs e suas famílias aponta dificuldades de acesso dos usuários, falta de transporte e vulnerabilidade social, o que reflete na qualidade do atendimento a essas pessoas (VARGAS, 2016; ARRUDA, 2018).

A motivação do estudo ocorreu devido à convivência com familiares que possuem deficiência auditiva e física e pela participação no projeto de pesquisa “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”, o qual possibilitou ampliar o conhecimento sobre o assunto. Além disso, há escassez de pesquisas e investigações sobre PCDs que vivem no meio rural, suas condições de vida, suas necessidades e principalmente no que diz respeito ao atendimento à saúde dessa população.

Em função desses aspectos e das peculiaridades do contexto rural e na tentativa de

contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados primários e atender às demandas de atenção à saúde destas pessoas, é necessário compreender as vivências dos profissionais junto aos usuários (PCDs e suas famílias) no rural.

Neste trabalho o termo vivências refere-se aos tipos de deficiência atendidos pela equipe de saúde da família e aos desafios que enfrentam no atendimento dessa população.

Portanto, para esta pesquisa definiu-se como pergunta norteadora: Quais as vivências dos profissionais da ESF no cuidado das pessoas com deficiência e suas famílias residentes no contexto rural?

O objetivo geral é conhecer as vivências dos profissionais que atuam na ESF frente às Pessoas com Deficiência (PcDs) e suas famílias que vivem no contexto rural. Como objetivos específicos tem-se: identificar os principais tipos de deficiência atendidos pela equipe; identificar as experiências vivenciadas no cuidado às PcDs; verificar as dificuldades encontradas para trabalhar com as pessoas com deficiência e suas famílias; e o conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência.

2 | MÉTODO

Este estudo está vinculado ao projeto matricial intitulado “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”, financiado pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), executado na Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa qualitativa corresponde a questões muito particulares, ela se baseia nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que representa a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2009).

As pesquisas exploratórias têm como principal intuito desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, formulando problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2008).

O local do estudo foi um município da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, pertencente à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde que apresenta população rural 70%

maior que a urbana. Esse município foi selecionado por apresentar grande número de pessoas com deficiência residentes no rural. São 44 pessoas, sendo o terceiro município com maior índice de pessoas com deficiência vivendo no rural, conforme dados coletados no mês de novembro de 2018 no projeto matricial mencionado.

O município que compôs este estudo, apresenta suas economias fundamentadas na agricultura familiar, caracteriza-se por minifúndios e descendentes, em sua maioria, de imigrantes europeus e centram-se na produção primária, especialmente, soja, leite, trigo, milho, suínos, cultivo de peixes e hortigranjeiros.

Conforme dados do IBGE (2018) a população estimada deste município é de 2.561 Habitantes, a rede de serviços de saúde é composta por: uma Unidade de ESF rural, uma unidade de saúde na área indígena, Centro de Referência em Assistência Social e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Os participantes do estudo foram profissionais que compõem a equipe de saúde da família rural que atuam no município selecionado. Os critérios de inclusão foram ser profissional atuante na ESF rural e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. O critério de exclusão incluiu profissionais que estavam em licença maternidade, licença saúde ou férias no momento da coleta de dados.

Participaram da pesquisa cinco profissionais de saúde, sendo eles: médico, enfermeira, odontóloga, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde. A realização da coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2019. Foi realizada entrevista semiestruturada, dando a possibilidade do entrevistado de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2009).

A entrevista foi realizada pela própria pesquisadora no local de trabalho dos participantes e obedeceu a um roteiro pré-definido, relacionado ao atendimento da equipe de saúde da família às PCDs no contexto rural, com questões como: o que significado de deficiência; os tipos de deficiências atendidos no serviço; o cuidado das pessoas com deficiências e suas famílias residentes em contexto rural; as dificuldades encontradas para trabalhar, a partir da sua área de atuação; capacitação para o cuidado a essas pessoas; conhecimento sobre políticas públicas relacionadas as PCDs.

As informações foram analisadas seguindo os preceitos da análise de conteúdo de Minayo (2009), seguindo três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase, foi organizado o material a ser analisado, e, a partir da leitira, definidas as unidade de registro e trechos significativos. Na segunda fase, foi aprofundada a leitura do material. Na terceira fase, buscou-se desvendar o conteúdo subjacente ao conteúdo manifesto, articulando-o ao referencial teórico.

Quanto aos aspectos éticos, foram observadas as diretrizes constantes na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, por meio do parecer CAAE: 69973817.4.0000.5346, em 09 de agosto de 2017.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes do estudo, o qual foi assinado em duas vias, permanecendo uma delas com o sujeito da pesquisa e outro com a pesquisadora.

Para a garantia do anonimato dos participantes as falas dos mesmos foram codificadas conforme a categoria profissional e a ordem de realização das entrevistas: Enfermeira (E1); Técnica de Enfermagem (TE2); Odontóloga (O3); Médico (M4); Agente Comunitária de Saúde (ACS5).

3 | RESULTADOS

Foram construídas três categorias, que são descritas a seguir:

3.1 Significado de Deficiência para a equipe de saúde da família rural

No que se refere ao significado de deficiência para os profissionais verificou-se que a compreendem como uma limitação física e intelectual, sendo pessoas que necessitam de cuidados especiais e carinho.

> Pessoa com deficiência é toda aquela pessoa que tem uma descapacidade, ou motora ou neurológica. (M4)
>
> Paciente que tem alguma limitação intelectual ou física (O3).
>
> Pessoas com deficiência são pessoas especiais que necessitam de toda atenção e carinho, principalmente porque são pessoas que moram na área rural e é difícil a locomoção delas para o centro (ACS5).

Observou-se pelas falas dos participantes que, conforme a categoria profissional, foi diferenciado o entendimento de deficiência. Alguns profissionais consideram a deficiência em um caráter ampliado, não considerando apenas questões biológicas, mas também relacionando as condições de vida e necessidades psicossociais. Esse olhar profissional ampliado influencia diretamente na maneira da assistência e na participação dessas pessoas na comunidade, sendo que isso pode contribuir para um cuidado mais humanizado e resolutivo, superando assim o modelo de atendimento biomédico.

3.2 Tipos de deficiência atendidos pela equipe de ESF no cenário rural

Ao serem questionados sobre os tipos de deficiência mais atendidos pelos

profissionais, referiram ser: auditiva, intelectual e física.

> [...] eu não sei libras, mas eu acabo até tentando atender essas pessoas da forma, fazendo gestos, até mesmo falando elas me entendem. Realmente é mais pessoas com deficiência auditiva. (E1)
>
> Sim, deficiências tanto física por acidente, quanto emocionais engloba todo o tipo de pacientes, com síndromes e afins [...] (O3).
>
> Nós atendemos muito tipo assim o Fulano (paciente com esquizofrenia), tem várias pessoas aqui no município que nós atendemos com esse problema, na verdade é problema neurológico, eles surtam (TE2)
>
> Vários por exemplo, deficiência motora, deficiência neurológica, pacientes acamados, que a gente faz visitas a domicílio [...] (M4)

A partir das do tipo de deficiência mais prevalente, os profissionais vão criando estratégias para o atendimento, buscando adaptar sua conduta às necessidades de cada usuário.

3.3 Desafios no trabalho da equipe frente às PCDs e suas famílias no contexto rural

Questionados sobre os principais desafios e dificuldades para o atendimento as PCDs no contexto rural fico evidente nas falas que os principais entraves são: o acesso, infraestrutura do serviço e o cuidado realizado pela família/cuidador.

> Às vezes tenho um pouco de dificuldade de chegar até o local da casa né, se está chovendo muito [...] (E1)
>
> O acesso né, é a maior limitação pra eles o acesso à unidade, porque muitas vezes essas deficiências são físicas então depende de alguém responsável pra locomover, pra vir até o atendimento, então pra isso a gente se desloca até a residência. (O3)
>
> A gente tem dificuldade em fazer os cuidadores dessas pessoas entenderem que é assim que se faz [...] até a questão da alimentação... Ah tem que cuidar isso, não pode dar isso dependendo de algum tipo de deficiência, não pode dar doce além de tudo tem diabetes, mas com a pessoa mesmo não tem tanta dificuldade. (E1)
>
> [...] na verdade a falta de compromisso das pessoas que auxiliam esses pacientes em fazer o acompanhamento ao tratamento, por que as vezes pela dificuldade da locomoção pela dificuldade em conseguir fazer o paciente aderir ao tratamento [...]. (O3)

Outro desafio está relacionado ao desconhecimento por parte da equipe multiprofissional das políticas públicas e falta de capacitações, muitas vezes o conhecimento é superficial e os profissionais buscam informações por conta própria.

> Algum tipo de orientação eu não tive na questão da graduação e depois como eu também trabalho em hospital não tive orientação a respeito de como seria

> o cuidado com essas pessoas. A gente acaba procurando de forma externa, lendo artigos, vendo por meio de conta própria (E1).
>
> Não, eu não tenho conhecimento das políticas públicas (E1).

Os desafios enfrentados pela equipe estão relacionados a fatores externos, como as dificuldades de acesso, de infraestrutura do serviço e de compreensão da família sobre o cuidado, mas também envolvem questões inerentes ao seu (des)preparo profissional para lidar com as especificidades das PCDs, o que pode ser minimizado com uma política de educação permanente nos serviços.

4 I DISCUSSÃO

Ao longo da história de atenção às pessoas com deficiência encontramos um grande número de termos que se modificaram ao longo dos anos para designar essas pessoas em diversas épocas como “inválidos”, “incapacitados”, “defeituosos”, “excepcionais” “pessoa especial”, “portadora de deficiência” são alguns exemplos de termos impostos pela sociedade. Inicialmente utilizados para mencionar um indivíduo que aparentava alguma característica física que o impossibilitava de realizar algumas atividades comuns do dia a dia, como por exemplo, trabalhar (CHATEAU, 2012; TONINI, 2016).

O conceito sobre essa população modificou-se com o passar dos anos. Conforme estudos, desde a década de 60 iniciou-se o processo de formulação do conceito de deficiência. A grande discussão sobre o assunto iniciou a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, tal documento ressaltava sobre os direitos dessas pessoas a terem oportunidades como os demais cidadãos, incluindo igualdade e melhores condições de vida.

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, a deficiência é considerada toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 2008).

Segundo dados do IBGE 2010 no Brasil estima-se que 45.6 milhões de brasileiros, são portadores de algum tipo de deficiência, seja ela visual, auditiva, motora, mental ou intelectual. No censo de 2010, foram identificadas 23,9% de pessoas com deficiência no Brasil, sendo 15,6% residem em áreas rurais, e a região Nordeste é a que possui o maior percentual. A Região Nordeste tem a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências e as menores incidências ocorrem nas regiões Sul e Centro Oeste.

Conforme OLIVEIRA (2012) a deficiência visual é a que apresenta uma maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira e em segundo está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da auditiva, em 5,10% e da mental ou intelectual, em 1,40%.

No presente estudo, os tipos de deficiência que a equipe mais atende no rural são a auditiva, intelectual e física, dados que convergem em parte com os encontrados no estudo de Marreiros et al. (2022) que revelou a deficiência física, auditiva, visual e intelectual como predominantes no território de uma unidade de saúde da família rural.

No que se refere à auditiva os profissionais mencionam que utilizam mecanismos ou maneiras como gestos, mímicas e desenhos para tentar se comunicar com seus pacientes, visando um atendimento qualificado e compreender o que a pessoa com deficiência auditiva necessita. Achados semelhantes apontam que o acesso da comunidade com deficiência auditiva aos serviços de saúde no cenário rural necessitava na maioria das vezes de acompanhantes (intérprete, podendo ou não ser membro de família), visto a importância deles na captação e transmissão de mensagens e informações de uma forma geral (MARREIROS et al., 2022).

A deficiência auditiva se caracteriza pela diminuição da capacidade de assimilação normal dos sons. Já a surdez é quando o indivíduo cuja audição não é funcional na vida habitual e parcialmente surdo, é aquele indivíduo cuja audição ainda que deficiente, é funcional com ou sem próteses auditivas. Independente de qual seja o nível de comprometimento da audição, a pessoa que convive com essa limitação pode ter dificuldades de comunicação e convívio social. As pessoas com deficiência auditiva ao acessar os serviços de saúde, se deparam com a dificuldade de comunicação com os profissionais, sendo um obstáculo para que ocorra a compreensão das informações, diagnóstico, orientações e tratamento. Logo, o uso da língua brasileira de sinais (LIBRAS), tem capacidade de melhorar o acesso e a procura dessas pessoas aos serviços de saúde (MARQUETE, 2018).

A deficiência física pode ser uma alteração completa ou parcial que de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se de formas como: paraplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, A deficiência física compreende as condições de dificuldade na marcha, na sustentação e no equilíbrio do corpo, da cabeça e na movimentação dos membros superiores, em graus diferentes de comprometimento. Para melhorar a funcionalidade são utilizados equipamentos como próteses (nos casos de amputação), órteses como muletas, bengalas, estruturas para apoiar os membros e cadeira de rodas. As pessoas com deficiência física têm limitação para ir e vir, para se proteger, portanto, na maioria das vezes necessitam de auxílio para realizar as atividades do dia-a-dia (MAIOR, 2018).

Um dispositivo básico para o cuidado à saúde da pessoa com deficiência física são os serviços de saúde. Para Nogueira (2016) ocorre uma baixa procura pelas unidades básicas de saúde e por serviços de reabilitação e tal situação é agravada não somente pelas necessidades individuais, mas também pode ter relação direta com a oferta e o acesso aos serviços de saúde.

A Deficiência Intelectual é uma condição caracterizada por limitações/dificuldades significativas tanto no funcionamento intelectual como raciocínio, aprendizagem e resolução de problemas e também no comportamento adaptativo na comunicação, cuidados pessoais, habilidades domésticas e sociais. A deficiência também é considerada como um atraso no desenvolvimento intelectual, caracterizado por problemas de origem cerebral que causam baixa produção de conhecimento, dificuldades na aprendizagem e diminuição da capacidade cognitiva (VARGAS, 2016).

O desafio do cuidado em saúde da pessoa com deficiência intelectual abrange, para além da perspectiva biológica, aspectos sociais e ambientais. Os profissionais de saúde devem atuar no processo de inclusão, contribuindo para que ele desenvolva autonomia e conheça seus direitos. O acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades e o atendimento de qualidade pela equipe multiprofissional, auxilia na pesquisa do diagnóstico e no tratamento adequado, que quando desempenhados corretamente, são ferramentas de grande relevância na promoção da saúde e prevenção de agravos (TOMAZ, 2016).

Independentemente do tipo de deficiência o acesso é considerado fundamental para realização de um atendimento em saúde de qualidade e eficaz, e quando se refere às PCDs que residem no contexto rural isso se acentua, devido à alta necessidade de acesso e acessibilidade para resolução de suas demandas.

Embora alguns avanços tenham sido registrados quanto à inclusão das PCDs no mercado de trabalho e no âmbito sociocultural, ainda se observa que muitas permanecem sem acesso a serviços básicos de reabilitação, educação, trabalho, lazer e outras atividades que as integram no espaço social.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garante para as pessoas com deficiência a acessibilidade como um direito fundamental de ir e vir. Entretanto, até os dias de hoje sabe-se que este direito não é garantido e a maioria dos cidadãos com alguma deficiência se deparam ainda com inúmeras barreiras físicas e geográficas que dificultam o poder de usufruir deste direito. Essa realidade é agravada quando nos referimos ao contexto rural (BRASIL, 1988).

O termo acessibilidade teve sua origem a partir da década de 40, atualmente é conceituado como possibilidade e condições para utilização, com segurança e autonomia,

de espaços, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, indiferente de ser público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015b). A acessibilidade é um elemento essencial do sistema de saúde que está ligado à organização dos serviços no que se refere a entrada nos serviços de saúde e todo acolhimento e tratamento que se sucede.

Conforme Arruda (2018), o acesso à saúde nas áreas rurais pode refletir em desiguais condições de saúde, pois residir em locais mais vulneráveis gera uma série de custos ao indivíduo, sejam eles relacionados à infraestrutura, como maior distância e dificuldade para entrada aos serviços públicos, afetando assim o nível de qualidade do atendimento à população.

A deficiência e a vida no rural estão associadas a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de transporte público acessível e menores oportunidades de emprego e educação. Apesar de avanços a tese de que a deficiência tem forte ligação com as dificuldades ou facilidades enfrentadas na vida diária, sendo assim vivenciam desafios na acessibilidade, muitas vezes que são considerados seres frágeis, dependentes e, em algumas situações, incapazes de agirem e pensarem sozinhos (SETUBAL et al., 2016).

Para Marreiros et al. (2022) são necessárias medidas para melhorar a acessibilidade nos serviços de saúde e torná-las menos desiguais em território rurais. Os profissionais de saúde frequentemente realizam atendimento (cuidados e consultas) às pessoas com deficiência no domicílio, sendo esta uma intervenção paliativa, pois mantém a pessoa em isolamento social. Portanto, recomenda-se que as instalações físicas sejam acessíveis e bem alocadas, de forma a incluir as pessoas nos cuidados primários à saúde. Ainda, é necessário que haja uma mudança na formação dos profissionais de saúde relacionadas ao acesso e acolhimento às PCDs, de forma a reduzir não só as barreiras físicas, mas o preconceito social. Nessa perspectiva, as principais necessidades dessas pessoas não estão na gravidade orgânica ou nos comprometimentos funcionais, mas em processos sociais extremamente complexos, que condicionam desigualdades sociais entre os cidadãos.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) busca a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010).

O acesso à saúde é um dos fatores determinantes para se ter uma qualidade de vida e desenvolvimento socioeconômico, sendo que a dificuldade deste reflete na redução da procura aos serviços de saúde por PCDs e isso se intensifica ainda mais em áreas rurais, devido a serem submetidos a barreiras como falta de transporte e múltiplas vulnerabilidades, diminuindo a sua participação na sociedade (ARRUDA, MAIA, ALVES, 2018).

A acessibilidade proporciona autonomia e mobilidade às pessoas, principalmente para àquelas que tenham mobilidade reduzida ou dificuldade em se comunicar, para que utilizem os espaços com mais segurança, confiança e conforto. Envolve a facilidade de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, com vistas a um cuidado integral e universal, respeitando os preceitos bioéticos da beneficência e da equidade. A obtenção desses direitos aprimora as condições ambientais, as possibilidades de locomoção, o desempenho nas atividades de vida diária, a participação na sociedade e o adequado relacionamento interpessoal (ARAÚJO, 2018).

A relação dos profissionais da equipe com os usuários com deficiência pode fortalecer a acessibilidade destes e suas famílias ao serviço e às ações de saúde, por meio do uso das tecnologias leves como o acolhimento e o vínculo.

O atendimento às PCDs deve ser prestado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. O cuidado técnico-científico articulado ao acolhimento e ao respeito ao indivíduo é o principal aspecto que envolve e fundamenta a humanização (VIANA, 2016).

No atendimento das PCDs existe dificuldade por parte dos profissionais da saúde que pode ser atribuído à falta de treinamentos adequados, conhecimento, confiabilidade, sensibilidade, além da inadequada remuneração. Além disso, muitas vezes é necessário utilizar equipamentos especiais para facilitar e agilizar o tratamento proposto e que não estão disponíveis nos serviços de saúde (VARGAS, 2016).

Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde compreendam as necessidades e as diferenças individuais que cada pessoa apresenta para que se tenha um atendimento de maneira ampla e inclusiva. A atuação da equipe multiprofissional é significativa frente as PCD, contribuindo no cuidado e na promoção de saúde para este público. É necessário entender que deficiência não é sinônimo de doença e que os profissionais participam de todo o processo de reabilitação do incentivo ao autocuidado, da explicação dos direitos e deveres das PCD, o que exige capacitação profissional para um atendimento eficaz (ALVES, 2013).

A criação de vínculos entre usuários e profissionais é vista como uma das

necessidades de saúde dos sujeitos, em uma relação de referência e confiança, sendo essencial quando se trata de pessoas com algum tipo de deficiência. Nessa relação entre profissional-PCD o acolhimento é um método bastante relevante nas propostas de humanização e cuidado em saúde, não devendo estar associada somente aos serviços de reabilitação (OTHERO, 2012).

As principais atitudes que facilitam a relação profissional de saúde e paciente são demonstrar paciência, escutá-los com atenção e compreensão. Associa-se muito o estabelecimento do vínculo com o profissional de saúde com a qualidade recebida no atendimento (LEITE, 2015).

Os profissionais têm grande responsabilidade no processo de atenção à saúde das PCDs, pois devem conhecer as demandas dessa população, desenvolver estratégias de atenção à saúde e fornecer uma assistência integral, desempenhando atividades de promoção e proteção. A humanização está intrinsecamente ligada a como nos comunicamos uns com os outros e à mudança das práticas para uma melhor relação entre profissionais e usuários, visto que tem por objetivo aprimorar a assistência ao paciente e gerar uma maior autonomia do indivíduo (CARVALHO FILHA, SILVA, LANDO, 2015).

Em relação à comunicação com as PCDs, torna-se essencial a discussão sobre a humanização no âmbito da saúde, tendo em vista o impacto das informações na família e no indivíduo. Por se tratar de um momento importante para a manutenção posterior do tratamento e para o estabelecimento do vínculo família-paciente-equipe de saúde, é necessário que a formação profissional na área da saúde contemple a visão global do indivíduo (MISSEL et al, 2017).

Os profissionais devem avaliar a dinâmica familiar, com uma atitude de respeito e de valorização das características peculiares de cada família, buscando conhecer e acompanhar o membro responsável pelo cuidado. Cabe a equipe de saúde na atenção básica promover estratégias de educação permanente, desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais deficiências atendidas pelos profissionais de saúde no cenário rural - auditiva, física e intelectual – e os desafios que encontram em suas vivências como a dificuldade de acesso dos usuários ao serviço; a falta de compreensão e execução do cuidado pelo familiar cuidador; más condições das estradas para chegar até os domicílios e falta de conhecimentos da equipe de saúde sobre o cuidado às PCDs, evidenciam a necessidade de investimento em pesquisas referentes a essa população e educação

permanente da equipe, contribuindo para a criação de políticas públicas que visem melhorar/garantir os seus direitos e ampliar o acesso aos cuidados de saúde.

A atuação da equipe pode contribuir para o acolhimento às PCDs e suas famílias, que não se limite apenas aos aspectos clínicos da deficiência, mas também inclua o acompanhamento familiar, estimulando a autonomia e preservando os direitos dessas pessoas. Os profissionais têm grande importância no processo de inclusão, ao promover atendimento integral e igualitário, gerando ações intersetoriais que garantam um maior acompanhamento, refletindo em uma melhor qualidade de vida das PCDs que vivem no rural.

REFERÊNCIAS

ALVES T. J. L., PIRES M. N. A., SERVO M. L. S. Um olhar sobre a atuação do enfermeiro na atenção às pessoas com deficiência: revisão integrativa**. Rev enferm UFPE on line.,** Recife, 7(esp):4892-8, jul., 2013.

ARAÚJO L. M., et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa**. Rev Fund Care Online**. 2018 abr/jun; 10(2):549-557. DOI: http:// dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-5

ARRUDA, N. M; MAIA, A. G.; ALVES, L. C**. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, 2018.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Brasília, 2015b.

BRASIL. **Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Brasília, DF, dez. 2012.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; SILVA, S. R.; LANDO, G. A.. Cuidado ao surdo: conexões com o direito à saúde**. Revista Ciência & Saberes-Facema**, v.1, n.1, p.31-38, ago/out. 2015.

GIL, Antonio Carlos Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo Demográfico de 2010. Disponível em https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm

LEITE, Marinês Tambara et al. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.

MAIOR, I.. **História, conceito e tipos de deficiência**. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: http://violenciaedeficiencia v. 12, 2018.. sedpcd. sp. gov. Acesso em, 24 nov, 2019.

MARREIROS, S.P.D.; LIMA, K.M.; VIEIRA, M.C.A.; RIBEIRO, K.V.; MASCARENHAS, A.A.; DANTAS, V.L.R. **Ser uma pessoa com deficiência no contexto rural: relato de experiência sobre acessibilidade em uma unidade básica de saúde.** Research, Society and Development, v. 11, n. 7, 2022.

MARQUETE, V. F. et al. Formação de profissionais para a atenção a saúde de deficientes auditivos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 649-660, dez. 2018. ISSN 2179-7692.

MISSEL, A.; COSTA, C. C. da; SANFELICE, G. R.. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 575-597, 2017.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NOGUEIRA, G. C., et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva [online**]. 2016, v. 21, n. 10, pp. 3131-3142.

ORTIZ, G. D. S. V., de Ávila, L. K., & Costa, E. F. Proposta de instrumento de atenção primária à saúde da pessoa com deficiência/Proposal for a primary instrument the attention to the health of people with disabilities. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, *63*(2), 53-60, 2018.

OLIVEIRA, L. M. B. et al. Cartilha do Censo 2010–Pessoas com deficiência. **Brasília: SDH-PR/SNPD**, 2012.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. Interface - **Comunic., Saude, Educ**., v.16, n.40, p.219-33, jan./mar. 2012.

SETUBAL, J. M.; FAYAN, R. C.; COELHO. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência– Comentada. **Campinas: Fundação FEAC**, 2016.

TOMAZ, R. V. V. et al. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 1, pp. 155-172.

URSINE, B.L; PEREIRA, E.L; CARNEIRO, F.F. **Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica. Interface (Botucatu)**: 29 de jun de 2017.

VARGAS, L. M. et al. Deficiência intelectual: origens e tendências em conceitos sob a ótica do constructo social. **Revista Stricto Sensu**, v. 1, n. 1, 2016.

VARGAS, S. C., et al. **Assistência à saúde da pessoa com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, p. 224-234, out. 2016.

VIANA, M. P. S. **A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: Relato de uma experiência.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2016

CAPÍTULO 14

DINAMICA DE AGRICULTORES FAMILIARES NA PERMANÊNCIA CULTURAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Data de aceite: 24/10/2022

Data de submissão: 30/07/2022

Alice do Carmo Jahn
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/9208717195785577

Larissa Caroline Bernardi
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
Link para o currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8218644877010842

Gabriela Manfio Pohia
Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8720837121364369

Ethel Bastos da Silva
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8503234995266686

Marta Cocco da Costa
Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Ciências da Saúde.
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8557033172028151

Elaine Marisa Andriolli
ENEPE- Escola Nacional de Ensino Profissionalizante
Novo Barreiro – Rio Grande do Sul
Link para o Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/4412249949601995

RESUMO: A inserção e vivências junto a agricultores familiares vêm trazendo elementos importantes a um debate mais amplo, como parte de processos de (re) organização produtiva, e no redimensionamento e emprego de novas práticas no território. Também revelaram posturas que dão conta de mudanças que impactam significativamente no estilo de vida das famílias, impulsionando-as a outros arranjos. Assim, o presente estudo teve como objetivo primordial, conhecer a dinâmica de agricultores familiares na permanência cultural, destacando os desafios e suas perspectivas de vida. Trata-se de uma pesquisa-ação que fez parte de um Programa de Extensão desenvolvido entre a Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões/RS (UFSM/PM), em parceria com o Município de São Valério do Sul/RS-Brasil. Fizeram parte do estudo 34 agricultores familiares que participaram de oficinas temáticas, rodas de conversas e entrevista semiestruturada entre outras dinâmicas, no período de maio a julho de 2018. As aproximações interculturais neste período revelam que a dinâmica que tem norteado às famílias na continuidade e permanência nos territórios, segue a evolução das políticas públicas preconizadas pelo Estado. Destacam que os incentivos e possibilidades de acesso às políticas não são equânimes o que tem gerado insatisfações pelas famílias. Como desafios, os agricultores familiares destacam o enfrentamento às dificuldades econômicas, a geração de renda,

o endividamento, o empobrecimento além dos agravos à saúde. Por outro lado, perspectivam um horizonte em seus espaços, que permitam a continuidade de viver no coletivo social. Outros elementos se referem à presença da Universidade no contexto de vida dos agricultores vista como uma forma de valorizá-los como pessoas inseridas no Território Rural, bem como, de sua capacidade produtiva.
PALAVRAS-CHAVE: Agricultura familiar; desafios; perspectivas.

ABSTRACT: The insertion and experience of family farmers bring important elements to a broader debate, as part of the productive reorganization processes and in the rescaling and application of new practices in the territory. They also revealed attitudes responsible for changes that significantly affect the lifestyle of families, forcing them to different arrangements. The main objective of this study was to learn about the dynamics of farm families in cultural permanence and to reveal the challenges and life perspectives. This is an action research that was part of an extension program developed by the Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões/ RS (UFSM/PM), in partnership with the Municipality of São Valério do Sul/ RS. -Brazil. The study involved 34 family farmers that participated in thematic workshops, discussion groups and semi-structured interviews, and other dynamics from May to July 2018. The cross-cultural approaches during this period show that the dynamics that led families to continuity and stay in the territories follow the evolution of public policies recommended by the State. They emphasize that the incentives and opportunities to access the policies are not equitable, which has led to dissatisfaction among families. As challenges, family farmers mention economic difficulties, income difficulties, indebtedness, impoverishment, and health problems. On the other hand, they see in these spaces a horizon that allows the continuity of life in the social collective. Other elements mentioned refer to the presence of the University in the context of the farmers' lives, which see it as a way to value them as rural people and their productive abilities.
KEYWORDS: Family farming; Challenges; perspectives; Rural Territory.

1 I INTRODUÇÃO

O Brasil na década de 70 presenciou um fenômeno sem precedente na sua história que influenciaria várias gerações de agricultores, como foi o movimento expressivo da saída de famílias de seus territórios, levando-as a outros direcionamentos e arranjos. O reflexo desse movimento é observado no conviver com famílias em comunidades rurais, as quais, na contemporaneidade, buscam caminhos para ressignificar suas práticas no atendimento de suas necessidades, como também, contribuir para iniciativas sustentáveis e estilo de vida saudáveis.

Segundo Wanderley (1999), o rural faz parte da memória do agricultor familiar e se perpetua de geração a geração. Para Lamarche (1994, p. 19), "os agricultores organizam suas estratégias, vivem suas lutas e fazem suas alianças em função da memória que guardam de sua história e as ambições que tem para o futuro".

A agricultura compreende a atividade econômica responsável pela produção de alimentos que ao longo da história da humanidade ocupou as terras férteis de vales de rios e posteriormente, desenvolveu técnicas e procedimentos que tornaram os solos mais produtivos, buscando sempre uma maior produtividade [...] a agricultura encontra-se inserida no setor primário, que compreende as atividades agrícolas, pecuárias e extrativas (LIMA; SILVA; IWATA, 2019).

Para os agricultores o território e espaços que circulam expressam movimento. De acordo com Santos (1999), o território é o chão da identidade, a identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. É o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas e do exercício da vida. A magnitude que envolve o contexto de vida das famílias, na atualidade, requer uma atuação coletiva de esforços no debate ampliado que agregue saberes e corresponsabilidades entre gestores e entidades, com a garantia da participação dos atores sociais.

A agricultura familiar emergiu no contexto brasileiro a partir da década de 1990, mediante transformações sociais econômicas e políticas que proporcionaram condições, rumo sua legitimação e consolidação (SCHENEIDER; CASSOL, 2014). Até então, não existiam políticas públicas destinadas à promoção da agricultura familiar. Azevedo e Pessôa (2011), discorrem que o reconhecimento da agricultura familiar no País ocorreu principalmente a partir dos estudos realizados pela Food and Agriculture Organization (FAO) em conjunto com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

Em 1996, ambos os Institutos referenciados anteriormente, realizaram um estudo propondo vários instrumentos de política destinada à agricultura familiar e também seu conceito, a qual foi definida baseando-se em três elementos principais: a família como a responsável pela gestão da propriedade; a maior parte do trabalho é realizada igualmente pelos membros da família, e a propriedade e fatores da produção pertencem à família, e são passíveis de sucessão em caso de aposentadoria ou morte dos responsáveis pela unidade produtiva (INCRA/FAO, 1996, p. 04).

No Brasil a agricultura familiar passou a ser bastante debatida no meio acadêmico a partir da década de 1990. Muitas vezes sendo associada à agricultura de subsistência, de baixa renda ou agricultura camponesa. Mas de fato, o que caracteriza esse setor é uma gestão da propriedade compartilhada pela família e a atividade agropecuária como principal fonte geradora de renda (LIMA; SILVA; IWATA, 2019).

A partir de 2006, a legislação brasileira na Lei 11.326 de julho, definiu o agricultor familiar como aquele: [...] que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos: I - não detenha, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro)

módulos fiscais; II - utilize predominantemente mão de obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; III - tenha renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; IV - dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família (BRASIL, 2006).

A participação social se qualifica perfeitamente no campo democrático da sociedade e o protagonismo social, baseia-se na participação das figuras da sociedade, e sua diversidade na hora de tomar decisões (SANTOS; *et al*., 2016). Neste sentido, destaca-se a importância de trazer a voz dos atores sociais na permanência cultural, seus desafios e perspectivas, o que permite conhecer elementos das condições que lhes são proporcionadas para o desenvolvimento territorial.

A perspectiva do desenvolvimento territorial deve cuidar da heterogeneidade dos territórios, da diversidade de pessoas e de interesses, além de outras características próprias a diversidade cultural. Esse fato requer uma estratégia territorial conduzida com competências, habilidades e coordenação, para que a participação social de todos seja garantida e os objetivos alcançados. (MDA ,2003).

Além da relevância econômica, a agricultura familiar "é importante enquanto definidora de uma identidade social e de um modo singular de se relacionar com a sociedade e o meio ambiente" (SANTOS; VILAR, 2012, p. 2). A pouca visibilidade dos gestores à problemática que envolve os agricultores familiares, viola também, os sentimentos e desejo de permanecerem no seu meio cultural, na manutenção de vínculos que estabelecem, como na continuidade de seus projetos de vida.

2 | ELEMENTOS TEÓRICOS E CONTEXTO DO AMBIENTE

A Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS/Brasil, no ano de 2006 aderiu à proposta do Ministério da Educação pela expansão e interiorização do Ensino Público Federal, criando o Campus de Palmeira das Missões - RS, tendo como uma de suas finalidades, contribuir para diminuir as assimetrias regionais e impulsionar o desenvolvimento nas regiões Norte e Noroeste do estado do Rio Grande do Sul - RS. A presença da UFSM há mais de uma década neste território vem explorando e envidando esforços nas potencialidades regionais, no sentido de mediar e colaborar com proposições que venham impactar nos determinantes sociais que envolvem os atores sociais.

A região de abrangência do Campus de Palmeira das Missões é caracterizada pela concentração de atividades no contexto rural e predominantemente distribuída entre agricultores familiares. Em função da estrutura fundiária com propriedades de pequeno

porte, um número significativo de habitantes ainda permanece no meio rural, em relação a outras regiões do Estado e do país. Visando um melhor aproveitamento dessas características em relação à produção agrícola, deve-se refletir também, na perspectiva dos atores sociais e como se constroem no território.

Neste contexto, as comunidades demandam auxílio e aportes da Universidade, nas quais as aproximações interculturais e inserções acadêmicas vêm acontecendo no município de São Valério do Sul – RS o qual possui 2.732 habitantes segundo informações do último Censo do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), sendo que, mais da metade da população habita no meio rural, divididos entre: agricultores familiares e aproximadamente 1.300 indígenas da etnia Kaingang, que vivem na Terra Indígena (TI) Inhacorá. O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,642, e a economia provém de algumas frentes, em especial da agricultura familiar, representada por pequenos agricultores nas comunidades rurais.

As pessoas que se dedicam a esse tipo de atividade dependem da ampla sanidade do ambiente onde trabalham, produzem para o próprio sustento, buscam conquistar o bem-estar de sua família e procuram de diferentes formas, participar do mercado de oferta de alimentos (BITTENCOURT , 2020). Apesar dos agricultores familiares serem responsáveis por uma significativa oferta de alimentos no país, sua valorização na produção de alimentos não é reconhecido com a mesma importância pelo Estado, impactando negativamente nas práticas produtivas, e consequentemente na soberania e segurança alimentar da população, como também, os reflexos incidem na saúde humana e do meio ambiente.

Considerando as informações supracitadas questiona-se: Qual a dinâmica de organização produtiva de agricultores familiares na permanência cultural? Quais seus principais desafios e perspectivas de vida? Para trazer alguns elementos que dão conta destas reflexões, o objetivo do presente estudo consiste em conhecer a dinâmica de agricultores familiares na organização produtiva e permanência cultural, destacando os desafios e suas perspectivas de vida.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido dentro das atividades do programa de extensão em desenvolvimento regional sustentável, que está em vigor desde 2017, e para desenvolvê-lo a abordagem adotada é a pesquisa-ação. A Pesquisa-ação, de acordo com THIOLLANT (2012), de modo ideal pode ser desenvolvida articulada com ensino, pesquisa e extensão. Tem como principal objetivo identificar problemas e encontrar caminhos para resolvê-los, mas também aumentar a consciência, os níveis de reflexão e

de comprometimento dos atores com a intenção de fazer avançar a situação problemática por meio de ações significativas. Essa metodologia tem sido aplicada em estudos sobre mudanças sociais e em práticas relacionadas às áreas da educação, organização, serviço social, extensão rural e movimentos sociais, e, mais recentemente, nas áreas de saúde, meio ambiente, engenharia e urbanismo. Ressalta-se que as áreas se apresentam inter-relacionadas, resultando em projetos interdisciplinares.

O período da coleta dos dados aconteceu nos meses de maio a julho do ano de 2018, totalizando três encontros, (um por mês), nos turnos da manhã e tarde, respeitando a disponibilidade dos atores sociais, nos quais, foi possível realizar interações, diálogo e a escuta das demandas dos mesmos. Os encontros aconteceram no auditório municipal de São Valério do Sul/RS o qual foi estratégico para aglutinar os atores sociais. Na coleta das informações privilegiaram-se as modalidades participativas, com observações participantes e registros em diário de campo, no preenchimento de um formulário semi-estruturado.

Participaram do estudo, trinta e quatro agricultores de 8 comunidades que vieram de forma espontânea aos encontros e se enquadravam na definição legal de agricultor familiar constituído pelo critério operacional da Lei 11.326/06 (MS, 2006). Os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos de idade e não se identificar como agricultor familiar.

O município de São Valério do Sul/RS é composto por nove comunidades, sendo que uma delas é habitada por índios da etnia Kaingang. Muitos agricultores justificaram a não participação por motivos como: problema de saúde na família, ausência de transporte para deslocamento, condições climáticas (chuva), atividades na propriedade rural entre outros fatores. A informação obtida junto à Secretaria da Agricultura municipal foi que muitos manifestaram o desejo de participar em outro momento, e, sempre que possível, das demais atividades propostas pela Universidade.

No espaço físico reservado para a coleta dos dados, foram expostos os objetivos do estudo ao grupo e as orientações das dinâmicas de trabalho. Os materiais (papel, canetas e lápis coloridos) foram disponibilizados para que os atores sociais pudessem usar de forma livre e construíssem mediante ilustrações a organização produtiva das famílias, os desafios enfrentados e suas perspectivas no meio rural. Os atores sociais se organizaram de maneira coletiva e retrataram as atividades que foi proposta como finalidade da pesquisa. Essa atividade ocorreu dentro da programação do Programa de Extensão em Desenvolvimento Regional Sustentável: O fazer Universitário e as interfaces com o território rural e indígena Kaingang por meio de ações multidisciplinares, registrado no portal de projetos da UFSM sob número 045434.

4 I RESULTADOS

Da totalidade dos participantes, 30 são do gênero masculino e quatro (4) do gênero feminino, com faixa etária que variou entre 18 e 77 anos. A escolaridade dos participantes masculinos esteve entre os variados níveis, dois (2) referiram ter cursado o ensino fundamental completo, 17 ensino fundamental incompleto, oito (8) cursaram o ensino médio completo, um (1) cursou ensino médio incompleto e dois (2) possuíam ensino superior completo. Entre as mulheres, todas informaram ter cursado apenas o ensino fundamental incompleto. A maioria é pertencente à religião católica, com renda familiar que varia de um a cinco salários mínimos, provenientes da agricultura, aposentadoria e arredamentos.

O tempo que residem em suas respectivas comunidades variou de oito (8) meses a 56 anos. Sendo que três (3) dos participantes residem na comunidade desde o nascimento, dois (2) eram pertencentes de outras comunidades e 29 adivinham de outro município. Sobre os dados referentes à sua moradia, 33 possuem moradia própria e um (1) possui moradia cedida. Todos possuem energia elétrica e água encanada advinda de poço artesiano e esgoto dispensado através de fossa. Acerca do destino final do lixo produzido em suas residências, 20 entrevistados referiram enterrar e queimar do lixo como destino final e 14 utilizam a coleta seletiva.

Todos se auto classificam como pequenos agricultores e predominantemente voltados a agricultura familiar. Os principais produtos cultivados são: soja, trigo, milho, mandioca, batata e hortaliças, para comercialização e consumo próprio. Algumas famílias possuem criação de suíno, gado e galinha para consumo.

Com as informações acima citadas buscou-se caracterizar os participantes e os espaços que os circundam, demonstrando o importante desenvolvimento das construções, que os agricultores familiares socializaram os espaços e entorno de moradia e vida em comunidade, problematizando sobre a dinâmica e permanência cultural, desafios e perspectivas.

Das construções, os atores sociais trouxeram elementos chaves às reflexões como do reconhecimento de suas potencialidades e o sentimento de pertencer aos espaços de vida e circulação, para além de constituir o meio de subsistência, por agregar valores e sentimentos de viver num lugar tranquilo em meio à natureza, onde os alimentos são produzidos de forma saudáveis, e também por ser um lugar que permeia trocas de saberes e práticas nas relações de trabalho.

Alguns fragmentos das construções que ilustra a permanência na cultura atribuída pelos agricultores familiares são: o espaço em que vivem; o bem viver das famílias; retratam um lugar tranquilo e as diferenças que potencializam as relações; tomar as próprias

decisões, sendo autônomos de sua atividade; possuir alimentos saudáveis; viver e produzir para manutenção da família.

Os atores sociais expressaram a permanência na cultura como agentes no processo de construção e fortalecimento das relações e vínculos, na tomada de decisões, contrariando a sistemática vivenciada em sua trajetória de vida desde seus primórdios no meio rural, que foi a de seguir o que agentes externos consideravam positivo e importante para as suas atividades, principalmente as produtivas.

Alguns desafios enfrentados pelos atores sociais se referem a incerteza na continuidade e permanência no meio rural com saúde e qualidade, atrelada aos determinantes sociais, ambientais, econômicos, político e de valorização do agricultor. Alguns elementos que ilustram a situação foram expressos de forma unânime pelos participantes que os desafios para os pequenos agricultores são a incerteza na produção dos alimentos; a geração de renda as famílias e endividamento; os problemas de saúde e limitações para o trabalho; ausência de políticas de valorização dos agricultores e produtos; falta de incentivos financeiros e técnicos; as condições climáticas e intempéries; o alto valor dos insumos.

Na convivência com os agricultores foi possível perceber que os desafios se fundem com a suas perspectivas na permanência no meio rural. Analisando sua realidade, percebem-se suas incertezas quanto às suas condições de saúde para o trabalho, das políticas públicas e em relação à valorização do agricultor familiar, se os filhos permanecerão trabalhando na terra, porém, asseguram que produzir é uma forma de se manter.

Observa-se uma série de elementos que desafiam e impõe aos agricultores arranjos na permanência no território com subsistência e estilo de vida saudável. Apesar das adversidades sociais, econômicas e de políticas, produzem alimentos para o autoconsumo, e algumas famílias conseguem gerar um excedente e comercializá-lo, como forma de obtenção de renda. No entanto, o suporte técnico na sua organização é deficiente, além da falta de recursos financeiros. A precariedade de investimentos pelo Estado geram ambiguidades e incertezas as famílias sobre os destinos e futuro de vida. A visibilidade do agricultor familiar está longe da merecida valorização.

5 I DISCUSSÃO

Os agricultores assumem importância não somente pela produção de alimentos e serem responsáveis pela segurança alimentar no País, mas também, pelo fato de expressar o potencial de agregar outros elementos, com desafios de novos saberes e práticas, essa categoria social evidencia formas de viver e agir peculiares. A agricultura familiar acessa

e difunde formas de saber, de organização do trabalho, de cultivo de sementes e de tecnologias não ligadas aos modelos homogeneizadores de produção (CASTRO, 2015, p. 94; SAUER, 2003). Ficou explicito que os agricultores estabelecem elos e vínculos entre as pessoas, assim como, o valor que a terra assume para eles e famílias, e nela aspiram permanecer na continuidade de projetos de vida. Nesse sentido, trouxeram alguns desafios e perspectivas na permanência no meio rural.

Segundo Wanderley (1999), o agricultor familiar não é um personagem passivo, pois, ao longo da sua trajetória, tem buscado traçar estratégias para lutar por seu espaço, procurando adaptar-se às exigências da agricultura moderna e as transformações sociais, porém sem perder a essência do homem rural.

Para os agricultores familiares a terra é o meio onde tudo se processa como também, desafia sua permanência no território. Eles foram reconhecidos e vêm se firmando como protagonistas pela produção da maior parte dos alimentos consumidos no país. Nessa análise, fontes governamentais trazem dados de que a procedência da maioria dos alimentos consumidos diariamente no país vem da agricultura (IBGE, 2021).

Para que os agricultores familiares possam se sentir confiantes, seguros, com a adoção das novas tecnologias ou até mesmo de processos mais sofisticados de gerenciamento de sua propriedade, é fundamental que o processo de apropriação dessas tecnologias seja acompanhado de uma rede de suporte e estímulo (BITTENCOURT, 2020). O foco deve ser a busca pela equidade e redução das desigualdades sociais. “A visibilidade conquistada, presentemente, pela agricultura familiar teve o mérito de introduzir no debate acadêmico e político esta categoria que, até muito recentemente, nem mesmo era vista como objeto pertinente de análise” (BUSONS, 2013, p. 1).

A sensibilização coletiva e discussões na proposição de políticas públicas de valorização dos atores sociais deve-se pautar, na sua articulação e fortalecimento nos espaços dialógicos, com gestores e entidades via a concretização do que está expresso nos dispositivos legais. As famílias que permanecem no meio rural, apresentam dependências dos programas sociais do governo desenvolvidos como políticas públicas de assistência social, colocando-as numa posição de maior vulnerabilidade.

Os agricultores familiares figuram-se como protagonistas importantes da transição à economia sustentável, já que, ao mesmo tempo em que são produtores de alimentos e outros produtos agrícolas, eles desempenham a função de guardiães da paisagem e conservadores da biodiversidade (SACHS, 2001, p. 4). Dessa forma, a agricultura familiar é desenvolvida por atores políticos com poder de decisão que se constroem no meio rural, trazendo suas histórias, experiências que repassam as gerações do que viveu na sua

trajetória de vida, as quais devem ser respeitadas.

Na proposição de políticas de desenvolvimento e valorização do agricultor familiar e na produção, deve-se valorizar e explorar as potencialidades territoriais, os saberes e práticas dos atores sociais na diversificação de atividades que viabilize a produtividade social, econômica e ambiental das famílias rurais. SACHS (2001), discorre que os programas de desenvolvimento local integrado e sustentável deverão ser discutidos e negociados entre todos os atores do processo de desenvolvimento.

Cabe aos gestores de diferentes esferas de governo, proporcionar as condições que viabilize a permanência das famílias no meio rural, com políticas de fomento e aportes técnicos na capacitação dessa parcela da sociedade considerando que: "[...] a agricultura familiar que se reproduz nas sociedades modernas deve adaptar-se a um contexto sócio econômico próprio destas sociedades, que a obriga a realizar modificações importantes em sua forma de produzir e em sua vida social tradicional" (WANDERLEY, 1996, p. 2).

A agricultura familiar se desenvolve em pequenas propriedades que se efetiva com o trabalho dos próprios membros da família. Nessa dimensão, nota-se a importância no destacar e relacionar a agricultura familiar ao processo de desenvolvimento rural. Grande parte dos atores sociais destacou a importância em incentivar os filhos a estudar, mas com a prerrogativa da continuidade na agricultura familiar; desejam viver bastante e apoiar os filhos no aprendizado mútuo com uso de novas ferramentas para aperfeiçoar o trabalho e as práticas produtivas.

Fica claro o desejo e sentimento das famílias com as gerações futuras, incentivando os jovens buscar uma qualificação, mas sem abrir mão da agricultura, pois entendem como um meio de garantir a subsistência. Por outro lado, revelaram que respeitarão as decisões se a escolha e desejo dos filhos é buscar outros caminhos que não seja no meio rural. O anseio dos pais em deixar um legado para os filhos na pequena propriedade é uma forma de contribuir para sua permanência na agricultura, principalmente a familiar. Mesmo tendo essa preocupação, o estimulo em torno dos filhos para buscar qualificações abrem possibilidades de frentes de trabalho e renda.

A diversificação na produção e geração de renda nas pequenas propriedades é uma constante no pensamento dos agricultores, o que poderá gerar excedentes e comercialização, que constitui uma forma de valorização da agricultura familiar, com aceno aos jovens ao trabalho e renda no meio rural, e continuidade às atividades desenvolvidas a décadas, pelos seus familiares nas pequenas propriedades rurais. O desenvolvimento da agricultura familiar segue a lógica de reprodução da vida social, envolvendo tanto a mudança de algumas estruturas quanto a permanência de outras (WANDERLEY, 1999).

A dimensão econômica impacta diretamente na vida dos agricultores. Para eles é fundamental ter incentivo, tanto do governo, como o estabelecimento de políticas públicas que atendam a suas necessidades primordiais. Os incentivos econômicos e suporte de valorização do agricultor familiar, reflete na qualidade de vida dos atores sociais. Percebe-se também que existe preocupação com a inovação no meio rural. Apesar de o aspecto econômico ser o balizador que influencia a vida das famílias, outros elementos foram destacados como fundamentais para o bem viver coletivo e com qualidade que são os vínculos e a harmonia entre as pessoas. Por fim, observou-se que a maioria dos agricultores apesar da precariedade de incentivos prefere continuar exercendo suas atividades na agricultura.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As aproximações interculturais e nas interlocuções com os atores sociais revelou que a dinâmica que tem norteado as famílias na continuidade e permanência nos territórios, segue a evolução das políticas públicas preconizadas pelo Estado. Destacam que os incentivos e possibilidades de acesso às políticas não são equânimes o que gera insatisfações nas famílias. Quando contemplados com recursos, relatam a falta de suporte técnico na sua aplicabilidade. Como desafios, os agricultores familiares destacam o enfrentamento às dificuldades econômicas, a geração de renda, o endividamento das famílias, o empobrecimento além dos agravos a saúde. Por outro lado, perspectivam um horizonte em seus espaços que permite a continuidade e o viver no coletivo social e de suas famílias, apesar das incertezas e iniquidades sociais que se apresentam.

Através deste estudo pôde-se constatar que a agricultura familiar desempenha um papel social, econômico e político extremamente relevante. No entanto, é evidente que o agricultor familiar tem desafios para se manter no atual cenário de globalização frente as novas exigências ao meio rural que são impostas, como, por exemplo, novos padrões de qualidade exigidos, que impactam na comercialização dos produtos quando conseguem gerar excedentes. A magnitude que envolve o contexto de vida das famílias, na atualidade, requer uma atuação coletiva de esforços no debate ampliado que agregue saberes e corresponsabilidades entre gestores e entidades, com a garantia da participação dos atores sociais.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, F. F. & PESSÔA, V. L. S. (2011). **O Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar no Brasil: uma análise sobre a situação regional e setorial dos recursos.** Soc. & Nat., Uberlândia, ano 23 n. 3, 483-496, set/dez.

BITTENCOURT, D. M. de C. (2020) **Agricultura familiar, desafios e oportunidades rumo à inovação.** EMBRAPA – Brasília – DF. https://www.alice.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/1126191/1/2Texto-Discussao-49-ed-01-2020.pdf.

BRASIL. Lei 11.326, de 24 de Julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da **Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais.** Diário Oficial da União, Brasília, 25/07/2006. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004- 2006/2006/lei/l11326.htm.

BUSSONS, N. L. S. (2013). **Agricultura Familiar: via única para o desenvolvimento rural**. s.n; set. out/2013. Disponível em: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT5/GT5_deLimaBussons.pdf

CASTRO, L.F.P. (2015). **Agricultura Familiar, Habitus e Acesso à Terra.** Revista Brasileira de Sociologia do Direito, v. 2, p. 91-105.

INCRA/FAO. **Perfil da Agricultura Familiar no Brasil:** dossiê estatístico. DF: Brasília. 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE - **Censo 2021**. Rio Grande do Sul, 2022. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home.

LAMARCHE, H. (1994**). "A agricultura familiar: uma realidade multiforme".** Campinas: Editora da Unicamp, 1993. A análise da empresa familiar agrícola ou industrial. In: Associationdes Ruralistes Français. Lê monde Ruralet lês Sciences Sociales: omission ou fascination. Tradução de Auro Luiz da Silva. Paris, a. XIX. Colóquio da Associationdes Ruralistes Françaises.

LIMA, A. F.; SILVA, E. G. de A.; IWATA, B. de F.; (2019). **Agriculturas e agricultura familiar no Brasil: uma revisão de literatura.** Revista Retratos de Assentamento. Vol. 22 N.1 de 2019 ISSN: 1516-8182. Disponível em: https://retratosdeassentamentos.com/index.php/retratos/article/view/332/294.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO (2003). **Referências para o desenvolvimento territorial sustentável.** Brasília: Rural/NEAD. Recuperado de: http://sge.mda.gov.br/bibli/documentos/tree/doc_214-28-11-2012-11-32-675117.pdf.

SACHS, I. (2001). **Brasil rural: da redescoberta à invenção. Estudos Avançados**, (15) 43, p. 75- 82, set/dez. Santos, L. D., Sousa, D. C., Pereira, I. C. N. & Pessôa, E. C. S.

SANTOS, C. N. C. dos. & VILAR, J. W. C. (2012). **O Papel do Produtor Familiar na Agricultura Brasileira: desafios e perspectivas.** XXI Encontro Nacional de Geografia Agrária – 2012.

SANTOS, L. D.; SOUSA, D. C.; PEREIRA, I. C. N. & PESSÔA, E. C. S. (2016). **Governança Territorial e Participação Social: Análise do Colegiado de Desenvolvimento Territorial do Baixo Amazonas – Pará.** Anais Consad. Brasilia, DF, 11. Recuperado de http://consad.org.br/wpcontent/uploads/2016/06/Painel-21-02.pdf.

SANTOS, M. (1999). **O dinheiro e o território.** Geographia, UFF, (1)1. p. 7-13.

SAUER, S. (2008). **Agricultura familiar versus agronegócio: a dinâmica sociopolítica do campo brasileiro**. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica: Embrapa.

SCHENEIDER, S & CASSOL, A. (2014). **Diversidade e Heterogeneidade da Agricultura Familiar no Brasil e algumas implicações para políticas públicas.** Cadernos de Ciência & Tecnologia, Brasília, v. 31, n. 2, p. 227-263, maio/ago.

THIOLLANT, M. (2012). **Fundamentos e desafios da pesquisa-ação. Contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares**. In: TOLEDO RF, JACOBI PR. Pesquisa-ação na 14 interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. (p. 17- 40). São Paulo: Anablume.

WANDERLEY, M. N. B. (1996). **Raízes históricas do campesinato brasileiro. Agricultura familiar: realidades e perspectivas.** XX ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. GT 17. PROCESSOS SOCIAIS AGRÁRIOS. CAXAMBU, MG. OUTUBRO.

________________ (1999) **Raízes históricas do campesinato brasileiro.** In: TEDESCO, J. C. Agricultura familiar: realidades e perspectivas. Passo Fundo, Ed. UPF, 1999, (p.23-56).

SOBRE OS AUTORES

MARTA COCCO DA COSTA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pós-doutorado na Universidade de Lisboa - Portugal. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

ANDRESSA DA SILVEIRA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

ALICE DO CARMO JAHN - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

ANDRESSA DE ANDRADE - Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Rio Grande. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

DARIELLI GINDRI RESTA FONTANA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

ETHEL BASTOS DA SILVA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

JAQUELINE ARBOIT - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

LEILA MARIZA HILDEBRANDT - Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

FERNANDA SARTURI - Enfermeira. Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

NEILA SANTINI DE SOUZA - Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERNANDA HONNEF - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Santa Maria. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC-UFSM).

DÉBORA DALEGRAVE - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Instituto Desenvolvimento Sustentável Regional (UCEFF).

GABRIELA MANFIO POHIA - Enfermeira. Mestra em Gestão de Organizações Públicas pela Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

NATALIA BARRIONUEVO FAVERO - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira Psicossocial da Instituição beneficente Lar de Mirian e Mãe Celita. Professora de Enfermagem no Sistema Gaúcho de Ensino (SEG).

CARMEM LAYANA JADISCHKE BANDEIRA - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

FABIANE DEBASTIANI - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

FRANCIELI FRANCO SOSTER - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

JULIANA PORTELA DE OLIVEIRA - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

MICHELE HUBNER MAGNI - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões.

SILVANA TERESA NEITZKE WOLLMANN - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

ELAINE MARISA ANDRIOLLI - Administradora. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

POLLYANA STEFANELLO GANDIN - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

TAINARA GIOVANA CHAVES DE VARGAS - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

THAYLANE DEFENDI - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

YAN VINICIUS DE SOUZA SCHENKEL - Enfermeiro. Especializando em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

YASMIN SABRINA COSTA - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

GILSON CARVALHO - Enfermeiro. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

CRISTIANE DUARTE CHRISTOVAN - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

JOSIANE MARIANI - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

LUCIANA MACHADO MARTINS - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

MORGANA TAINA DOS SANTOS PEDROSO GABRIEL - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

JÉSSICA MAZONETTO - Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

ANDRÉIA ECKERT FRANK - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

DÉBORA DA SILVA - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

EDUARDA CARDOSO DE LIMA - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

ESLEI LAUANE PIRES CAPPA - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

IVANA SULCZEWSKI - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

JULIANA TRACZINSKI - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

LARISSA CAROLINE BERNARDI - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

LAIRANY MONTEIRO DOS SANTOS - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).

MAIARA FLORENCIO LORONHA - Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC- UFSM).